

SHIELD ILLINOIS

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL ESTUDIANTE PARA PRUEBAS COVID-19 Y LA ENTREGA U OBTENCIÓN DE EXPEDIENTES

¿Qué es este formulario?

Estamos solicitando su consentimiento para evaluar a su hijo(a) para detectar la infección por COVID-19. El Distrito Escolar 87 de Berkeley ("Distrito Escolar") se ha asociado con la Universidad de Illinois para evaluar a estudiantes y al personal del Distrito Escolar para detectar la infección por COVID-19 usando la Prueba Rápida RT-PCR de Covid-19 de la Universidad de Illinois (conocida como "SHIELD Test").

Las pruebas no serán administradas a menos que este formulario esté firmado por usted.

¿Con qué frecuencia se le hará la prueba a mi hijo(a)?

De acuerdo con las recomendaciones actuales de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés), que han sido adoptadas por el Departamento de Salud Pública de Illinois, las pruebas se realizarán al menos una vez por semana.

¿Qué es la prueba?

Si da su consentimiento, su hijo(a) recibirá una prueba SHIELD gratuita. SHIELD es una prueba del virus COVID-19 que se realiza mediante la recolección de saliva (escupir). La Universidad de Illinois ha contratado a Preventive Health Partners, SC y Passport Enterprises, LLC para facilitar y administrar las pruebas SHIELD.

¿Cómo sabré si mi hijo(a) da positivo?

La Universidad de Illinois proporcionará todos los resultados de las pruebas al Distrito Escolar. Si los resultados de su hijo(a) son positivos, el Distrito Escolar, Preventive Health Partners, SC o Passport Enterprises, LLC se comunicarán con usted. No nos comunicaremos con usted si los resultados de su hijo(a) son negativos.

¿Qué debo hacer cuando reciba los resultados de la prueba de mi hijo(a)?

Si los resultados de la prueba de su hijo(a) son positivos, comuníquese con el médico de su hijo(a) de inmediato para revisar los resultados de la prueba y analizar los próximos pasos. Su hijo(a) debe aislarse de acuerdo con la orientación del Departamento de Salud Pública de Illinois.

Si los resultados de la prueba de su hijo(a) son negativos, esto significa que no se detectó el virus COVID-19 en la saliva de su hijo(a). Las pruebas a veces producen resultados negativos incorrectos conocidos como "falsos negativos" en personas que tienen COVID-19. Si su hijo(a) da negativo en la prueba pero tiene síntomas de COVID-19, o si le preocupa que su hijo(a) haya sido expuesto al COVID-19, debe llamar al médico de su hijo(a) y aislarlo de acuerdo con la orientación del Departamento de Salud Pública de Illinois.

¿Quién recibirá los resultados de la prueba de mi hijo(a)?

Los resultados de las pruebas estarán disponibles para cualquier empleado del Distrito Escolar con un interés educativo legítimo, de acuerdo con la *Ley de Expedientes Escolares de Estudiantes de Illinois*. Además, el Distrito Escolar compartirá la siguiente información de la manera que se describe a continuación:

- El Distrito Escolar puede compartir lo siguiente con el Departamento de Salud Pública de Illinois y el Departamento de Salud del Condado de Cook: los resultados positivos y negativos de las pruebas de su estudiante, nombre, fecha de nacimiento, sexo, raza, origen étnico y domicilio. El propósito de compartir estos detalles es para facilitar el rastreo de contactos y para el seguimiento del uso de la prueba.
- El Distrito Escolar puede compartir lo siguiente con la Universidad de Illinois, Preventive Health Partners, SC y Passport Enterprises, LLC Preventive Health Partners, SC: las muestras de su estudiante, los resultados positivos y negativos de las pruebas, el nombre, la fecha de nacimiento, el domicilio, el sexo, el número de identificación del estudiante, correo electrónico, teléfono móvil, escuela, raza y origen étnico. El propósito de compartir estos detalles es para facilitar el procesamiento y los resultados de las pruebas, la facturación, el rastreo de contactos y el seguimiento del uso de las pruebas.
- El Distrito Escolar puede compartir los resultados positivos y negativos de las pruebas y la información de identificación del estudiante con el estudiante y su padre / tutor, según lo permita la ley o la guía.

PARA SER LLENADO POR PADRES/ TUTORES

<u>Información de Padre/Tutor</u>	
Es necesario responder a cada sección. Por favor, escriba claramente usando letra de molde.	
Nombre de Padre/Tutor:	
Domicilio de Padre/Tutor:	
# de Teléfono/Móvil de Padre/Tutor:	
Correo Electrónico (email) de Padre/Tutor :	
Proporcione la mejor manera de ponernos en contacto con usted.	
<u>Información del Estudiante</u>	
Es necesario responder a cada sección. Por favor, escriba claramente usando letra de molde.	
Nombre del estudiante en letra de imprenta:	
Fecha de nacimiento del	
Escuela de asistencia del estudiante:	
Domicilio del estudiante:	

Al firmar a continuación, atestigo que:

- Yo doy consentimiento para que mi hijo(a) se someta a la prueba de la infección por COVID-19 utilizando la prueba SHIELD de la Universidad de Illinois como se describe en este formulario de consentimiento, incluyendo la administración de la prueba por parte de Preventive Health Partners, SC o Passport Enterprises, LLC.
- He firmado este formulario libre y voluntariamente, y estoy legalmente autorizado para tomar decisiones por el estudiante mencionado anteriormente. Asumo y acepto consciente y voluntariamente todos los riesgos asociados con la participación de mi hijo(a) en la prueba SHIELD. Entiendo que estos riesgos incluyen posibles lesiones, enfermedades, reacciones alérgicas y otros riesgos potenciales de los que actualmente no soy consciente. También, reconozco que los resultados de una prueba SHIELD pueden no ser suficientes para detectar o descartar la posibilidad de que mi hijo(a) haya estado expuesto o esté infectado con COVID-19 y que existe la posibilidad de un resultado de prueba falso positivo o falso negativo. Las pruebas SHIELD no reemplazan el tratamiento del proveedor médico de mi hijo(a) y asumo la responsabilidad total, al igual que el tomo de medidas con respecto a los resultados de las pruebas de mi hijo(a).
- En consideración a la participación de mi hijo(a) en la prueba SHIELD, que es gratis, yo (padre/tutor) en mi nombre, el de mi estudiante y de mis agentes, representantes, cesionarios, herederos y sucesores, por la presente renuncio, libero, indemnizo, eximo y me comprometo a no demandar al Distrito Escolar y su Junta Directiva de Educación, miembros individuales de la Junta, empleados, agentes, representantes, voluntarios, aseguradores y cesionarios, y todos y cada uno de ellos, de y contra todos y cada uno de los reclamos, demandas, responsabilidades y causas de acción, ya sean conocidas o desconocidas, pasadas, presentes o futuras, incluyendo, entre otros, todos y cada uno de los costos, gastos, honorarios de abogados, por razón de lesión, enfermedad, reacción alérgica, daño a la propiedad, pérdida, o muerte, que surja de, en conexión con, o de cualquier manera relacionada con la participación de mi hijo(a) en la prueba SHIELD, incluyendo los resultados falsos de la prueba y cualquier consejo médico resultante, curso de tratamiento o diagnóstico o relacionado con el intercambio de información de mi hijo(a), resultados de la prueba o información identificativa.
- Entiendo que mi hijo(a) puede ser evaluado varias veces hasta el 30 de junio de 2022, y las pruebas ocurren al menos 1 vez por semana.
- Entiendo que este formulario de consentimiento será válido hasta el 30 de junio de 2022, a menos que notifique por escrito a la persona de contacto designada de la escuela de mi hijo(a) que revocó mi consentimiento. Los contactos designados son la enfermera de la escuela y los directores (conocidos como "principals").
- Entiendo que los resultados de las pruebas de mi hijo(a) y otra información pueden divulgarse según lo permita la ley, la guía y como se ha descrito anteriormente.
- Entiendo que si soy un estudiante de 18 años o más, o si puedo dar mi consentimiento legal para mi propia atención médica, la referencia a "mi hijo(a)" o "mi estudiante" se refiere a mí y puedo firmar este formulario en mi propio nombre.

Firma del Padre/Tutor:	Fecha (mes/día/año):
------------------------	----------------------