

**CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LIBERACIÓN PARA LAS PRUEBAS DE  
DIAGNÓSTICO COVID-19**

***(AL FIRMAR ESTE DOCUMENTO, USTED RENUNCIARÁ A CIERTOS DERECHOS  
LEGALES,  
INCLUYENDO EL DERECHO A DEMANDAR. ¡POR FAVOR LEA  
CUIDADOSAMENTE!)***

**Autorización y consentimiento para pruebas de diagnóstico Covid-19 y divulgación de resultados:**

1. Yo certifico que tengo por lo menos dieciocho años de edad y, en su caso, soy el padre o tutor adulto de \_\_\_\_\_, un niño menor de la edad de dieciocho años. (nombre impreso del menor de edad)
2. Yo, personalmente y en nombre de mi hijo menor de edad, consentimiento voluntario a un autorizan al distrito escolar de Lake County R-1, por ya través de sus empleados o agentes, a la recolección de la conducta, las pruebas y análisis de una prueba de diagnóstico COVID-19 de mí / mi hijo. Reconozco y entiendo que mi prueba de diagnóstico de COVID-19 o la de mi hijo requerirá la recolección de una muestra adecuada a través de un hisopo nasofaríngeo, un hisopo bucal o otros procedimientos de recolección ordenados por un proveedor médico autorizado o un funcionario de salud pública.
3. Entiendo que existen riesgos y beneficios asociados con someterse a una prueba de diagnóstico para COVID-19 y puede haber un potencial de resultados de prueba falsos positivos o falsos negativos. Yo reconozco que un resultado positivo de la prueba es una indicación de que yo / mi hijo debe auto-aislamiento y / o usar una máscara o que cubre la cara como se indica en un esfuerzo para evitar infectar a otros, y que yo / mi hijo puede mantenerse fuera de la escuela hasta que se considere seguro.
4. Al someterse voluntariamente a la prueba de diagnóstico COVID-19, yo también soy voluntaria autorizando la divulgación de los resultados mía / mi hijo a la Secretaría de Salud Pública del Condado de Lake. Reconozco que el Distrito Escolar de Lake County R-1 mantendrá los resultados de mis exámenes o los de mi hijo y que cualquier información de exámenes divulgada puede estar sujeta a una nueva divulgación según lo exige la ley. Yo entiendo que mi / mi hijo resultados de las pruebas se puede utilizar para hacer frente a la salud y seguridad de los estudiantes, personal, y visitantes a través de la vigilancia médica de COVID-19 casos en todas las escuelas.
5. Reconozco que ni el distrito escolar de Lake County R-1 ni su empleados o agentes administrando la prueba están actuando como proveedor de servicios médicos para mi/ mi hijo y que la prueba no reemplaza el tratamiento que un médico proporcionan. Asumo la responsabilidad completa y total de tomar las medidas adecuadas con respecto a los resultados de las pruebas mías o de mi hijo.

**Lanzamiento:**

Yo estoy de acuerdo, en lo personal y en nombre de mi hijo menor de edad nombrado arriba, a la liberación, descarga, y la exención de responsabilidad, Lake County School District R-1, incluyendo y sin limitación, sus consejeros, funcionarios, directores, empleados, representantes, agentes, y los voluntarios autorizada de cualquier y todas las reclamaciones, pérdidas, responsabilidades y daños, de cualquier tipo o naturaleza, que surja de o en conexión con cualquier acto u omisión relacionada con mi / de mi hijo prueba de diagnóstico COVID-19.

[ PÁGINA DE SIGNATURA EN OTRO LADO ]

**Al firmar este consentimiento informado y autorización para las pruebas de diagnóstico de COVID-19, reconozco que he leído, entiendo y estoy de acuerdo con las declaraciones contenidas en este formulario de autorización y autorización informada. Se me ha informado sobre el propósito de la prueba de diagnóstico de COVID-19, los procedimientos que se realizarán y los posibles riesgos y beneficios de la prueba. Se me ha dado una adecuada oportunidad de leer esta forma y para hacer preguntas antes de proceder o permitir que mi hijo de proceder con la prueba de diagnóstico COVID-19. Doy mi consentimiento voluntario para someterme o permitir que mi hijo menor se someta a pruebas de diagnóstico para COVID-19. La autorización para divulgar los resultados de las pruebas de diagnóstico entra en vigencia de inmediato. Tengo derecho a solicitar y recibir una copia de este consentimiento informado y autorización para las pruebas de diagnóstico de COVID-19.**

---

(Firma) (Nombre en letra de imprenta)

---

(Fecha)

---

(Firma del padre / tutor legal) (Nombre en letra de imprenta)

---

(Fecha)

---

(Nombre del menor en letra de imprenta: apellido , *primer inicial del segundo nombre* ) (Fecha de nacimiento del menor: *DD / MM / AAAA* )

---

(Relación con el menor)

# Abbott BinaxNOW

## Información prueba del COVID-19

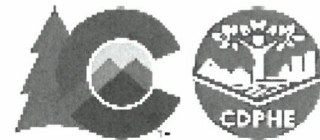
Toda la información debe de ser reportada al Departamento de Salud y Medioambiente de Colorado en <https://covidbinax.colorado.gov>

### Información del Paciente

<b>Nombre</b> (requerido) _____	<b>Apellido</b> (requerido) _____
<b>Fecha de Nacimiento</b> (requerido) ____ / ____ / ____ Mes, Día, Año	<b>Género</b> (seleccione uno, requerido) <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Femenino a Masculino <input type="checkbox"/> Masculino a Femenino <input type="checkbox"/> Se desconoce
<b>Raza</b> (seleccione todo que aplique) <input type="checkbox"/> Indígena estadounidense o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<b>Etnia</b> (seleccione uno) <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano no latino <input type="checkbox"/> Prefiero no responder
<b>Domicilio 1</b> (requerido) _____	<b>Domicilio 2</b> (apartamento, suite, etc) _____
<b>Ciudad</b> (requerido) _____	<b>Código Postal</b> (requerido) _____
<b>Estado</b> (requerido) _____	<b>Número de Teléfono</b> (requerido) _____

### Información del Examen (Para uso de oficina solamente)

**Fecha adquirida** (requerido Mes, Día, Año) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



**Resultado** (Escoja uno):      Positivo      Negativo      No es concluyente

