|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA EMPLEADOS/ADULTOS PARA LAS PRUEBAS COMBINADAS OPCIONALES DE COVID-19** | | | | | | | |
| **A SER COMPLETADO POR EL INDIVIDUO QUE DA SU PROPIA AUTORIZACIÓN** | | | | | | | |
| **Información DEL INDIVIDUO** | | | | | | | |
| *No se le notificarán los resultados del control de seguridad COVID-19 de rutina (anteriormente denominado "prueba agrupada"), pero se le notificarán los resultados de las pruebas individuales por teléfono o por correo electrónico.*   * *Si usted ha dado positivo en la prueba de COVID-19 en los últimos 90 días, aún no debe participar en la prueba de COVID-19 para evitar falsos positivos.* * *Se recomienda encarecidamente a las personas no vacunadas que participen en los controles de seguridad rutinarios de COVID.* * *Las personas vacunadas pueden participar en los chequeos de seguridad rutinarios de COVID.* | | | | | | | |
| **Nombre en letra de molde:** |  | | | | | | |
| **# Celular/Móvil:**  *Nota: los resultados se enviarán por mensaje de texto a este #* |  | | | | | | |
| **Dirección de correo electrónico:** |  | | | | | | |
| **Fecha de nacimiento:**  *(MM/DD/AAAA)* |  | | | **Edad:** |  | | |
| **Dirección:** |  | **Ciudad:** |  | | | **Código postal:** |  |
| **Raza (elija una):** | * Indígena Americano/a o Nativo/a de Alaska Asiático * Negra o Afroamericana * Nativo/a de Hawái o las Islas del Pacífico * Blanca * Otra * Prefiero no decirlo | | | | | | |
| **Etnia (elija una):** | casilla Hispana o Latina casilla No hispana o latinacasilla Prefiero no decirlo | | | **Sexo:** | casilla Transgénero  casilla Hombre casilla Mujer casilla Prefiero no decirlo | | |
| **Exclusión del consentimiento** | **Sí**, Doy mi consentimiento para participar en las pruebas COVID-19 *(por favor, lea y firme el siguiente formulario)*  **No**, No doy mi consentimiento para participar en las pruebas COVID-19. ) *(No se necesita hacer nada más)* | | | | | | |
| **CONSENTIMIENTO** | | | | | | | |
| Al completar y entregar este formulario, confirmo que yo soy la persona adecuada para dar consentimiento y:   1. Autorizo la recogida y el análisis de una muestra para COVID-19 en la escuela, ya sea para una prueba individual (por ejemplo, prueba individual de antígeno o PCR) o para un control rutinario de seguridad de COVID (prueba combinada). Al firmar este formulario, doy mi consentimiento a cualquiera de los siguientes métodos de prueba a los que se me puede someter. Entiendo que mi escuela determinará qué métodos de prueba se me ofrecen y me informará de los servicios que la escuela está administrando antes del inicio o de cualquier cambio en el programa de pruebas COVID-19 de la escuela. En el Apéndice A se ofrecen más detalles sobre los tipos de pruebas.    1. Pruebas individuales en individuos sintomáticos: para cuando los individuos presentan síntomas mientras están en la escuela    2. Pruebas individuales en contactos cercanos (prueba y quedarse): para que los contactos cercanos asintomáticos sean sometidos a pruebas diarias durante al menos cinco (5) días a partir del primer día de exposición, y que los individuos que den negativo puedan permanecer en la escuela    3. Chequeo rutinario de seguridad de COVID-19 (anteriormente denominado "pruebas combinadas"): para las pruebas rutinarias se recoge un grupo de muestras y se realiza una prueba en el grupo, por eficiencia, con pruebas individuales que se realizan en las mismas muestras individuales en el laboratorio o en nuevas muestras de los individuos del grupo. 2. Entiendo que todos los tipos de muestras serán no invasivas, hisopos nasales cortos o muestras de saliva. 3. Comprendo que un control de seguridad COVID-19 de rutina (anteriormente denominado pruebas combinadas) puede arrojar resultados individuales, y que mis resultados individuales dentro de un control de seguridad pudieran no ser compartidos conmigo. Sin embargo, entiendo y acepto que la información personal de salud mía y la información de identificación personal de los registros de educación puede ser introducida en la plataforma tecnológica del proveedor de pruebas para ayudar a rastrear las pruebas de control de seguridad e identificar a las personas que necesitan pruebas de seguimiento individuales. 4. Entiendo que seré notificado sobre los resultados de cualquier prueba individual para COVID-19 que me hayan hecho. 5. Entiendo que existe la posibilidad de un resultado falso positivo o falso negativo en la prueba COVID-19, independientemente del tipo de prueba que se realice. Dado el potencial de un falso negativo, entiendo que debo seguir todas las orientaciones de seguridad de COVID-19 y seguir los protocolos de la escuela para el aislamiento y las pruebas en caso de que desarrolle síntomas de COVID-19. 6. Entiendo que el personal que administra todas las pruebas COVID-19 ha recibido formación sobre la administración segura y adecuada de las pruebas. Estoy de acuerdo en que ni el administrador de la prueba ni <<insertar nombre de la escuela o distrito escolar>>, ni ninguno de sus fideicomisarios, funcionarios, empleados o patrocinadores de la organización son responsables de ningún accidente o lesiones que puedan ocurrir por la participación en el programa de pruebas de COVID-19. 7. Entiendo además que **deberé** permanecer en casa si me siento mal. Reconozco que un resultado positivo de la prueba **individual** es una indicación de que debo quedarme en casa y no ir a la escuela, aislarse y seguir usando una máscara o un protector facial según las indicaciones, en un esfuerzo por evitar contagiar a otras personas. 8. Entiendo que el sistema escolar no está actuando como mi proveedor médico, que esta prueba no reemplaza un tratamiento de mi proveedor médico, y asumo la completa y total responsabilidad de tomar las acciones apropiadas con respecto a los resultados de mi prueba. Acepto solicitar asesoramiento, atención y tratamiento médico por parte de mi proveedor de atención médica si tengo preguntas o preocupaciones, o si mi estado empeora. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier cuidado que yo reciba por parte de mi proveedor de salud. 9. Entiendo que las pruebas de COVID-19 pueden crear información de salud protegida (PHI) y otra información de identificación personal mía, y dicha información solo será accedida, utilizada y divulgada de acuerdo con la HIPAA y la ley aplicable. De conformidad con el artículo 45 CFR 164.524(c)(3), autorizo y ordeno al proveedor de las pruebas que transmita dicha PHI a mi escuela, al Departamento de Salud Pública de Massachusetts, a la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Massachusetts y al laboratorio de pruebas. Entiendo además que la PHI puede ser revelada a la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos y a cualquier otra parte, según lo autorizado por la HIPAA. 10. Entiendo que la participación en las pruebas de COVID-19 puede requerir que mi escuela revele mi identidad, mi información demográfica y mis datos de contacto en los registros educativos al provisor de las pruebas y pudiera requerir que la escuela revele mi identidad, su información demográfica y sus datos de contacto en los registros educativos al Departamento de Salud Pública de Massachusetts. De conformidad con la ley FERPA, 34 CFR 99.30, autorizo a mi escuela a divulgar dicha información de identificación personal (PII, por sus siglas en inglés) que sea necesaria para mi participación en las pruebas de COVID-19. 11. Entiendo que autorizar estas pruebas de COVID-19 es opcional y que puedo negarme a dar esta autorización, en cuyo caso, no participaré en las pruebas. 12. Entiendo que puedo cambiar de opinión y cancelar este permiso en cualquier momento, pero que dicha cancelación es sólo de carácter prospectivo y no afectará a la información que ya haya difundido previamente.  Para cancelar este permiso para las pruebas de COVID-19, necesito contactar a XX. 13. Autorizo al proveedor de las pruebas y/o el Departamento de Salud Pública de Massachusetts a controlar aspectos del virus COVID-19, como el seguimiento de las mutaciones virales, mediante el análisis de muestras positivas con fines epidemiológicos y de salud pública. Los resultados de dichos análisis no serán identificables personalmente ni crearán información personal que pueda establecer la identidad.   Yo, el infrascrito, he sido informado sobre el propósito de la prueba de COVID-19, los procedimientos, los posibles beneficios y riesgos, y he recibido una copia de este Consentimiento Informado. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas antes de firmar, y se me ha dicho que puedo hacer preguntas adicionales en cualquier momento. Acepto voluntariamente esta prueba de COVID-19. | | | | | | | |
| **Firma del individuo que da su consentimiento:** |  | | | | **Fecha:** | | |

**APÉNDICE A: POSIBLES TIPOS DE PRUEBAS**

Al firmar este formulario, doy mi consentimiento a cualquiera de los siguientes métodos de prueba. Entiendo que mi escuela determinará qué métodos de prueba se me ofrecen y me informará de los servicios que la escuela está administrando antes del inicio o de cualquier cambio en el programa de pruebas COVID-19 de la escuela.

*Pruebas individuales:*

*Pruebas sintomatológicas:* (para cuando los individuos presentan síntomas mientras están en la escuela; los individuos no deben ir a la escuela si experimentan síntomas mientras están en casa): Las muestras de hisopos nasales poco profundos se recogen en la escuela mediante una prueba de diagnóstico aprobada.

*“Prueba y quedarse” (pruebas para contactos cercanos):* Las muestras de hisopos nasales poco profundos se recogen en la escuela mediante una prueba de diagnóstico aprobada. Las pruebas se administran diariamente desde el primer día de la exposición por al menos cinco (5) días, con los individuos que dan negativo se les permite permanecer en la escuela.

*Chequeos de seguridad rutinarios de COVID:*

Tenga en cuenta que ahora utilizamos la terminología "controles rutinarios de seguridad COVID" para describir lo que antes llamábamos "pruebas combinadas". Las pruebas de seguimiento son pruebas de diagnóstico individuales que identifican al individuo o individuos positivos en un chequeo de seguridad COVID positivo.

*Chequeo de seguridad y pruebas de seguimiento en la escuela:* Las muestras de hisopos nasales poco profundos se recogen en la escuela y se introducen en un solo tubo (un máximo de 10 muestras por tubo). Si o en caso de que un grupo dé positivo, se realizan pruebas de seguimiento individuales con una segunda recogida de muestras en la escuela con pruebas rápidas y/o individuales de PCR, según sea necesario.

*Chequeo de seguridad y pruebas de seguimiento en laboratorio:* Las muestras de saliva o de hisopos nasales poco profundos se recogen y se guardan por separado antes de ser agrupadas en el laboratorio. Si un grupo da positivo, la prueba de seguimiento individual se realiza en el laboratorio, sin necesidad de una segunda recogida de muestras.