|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL ESTUDIANTE PARA COMPARTIR INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL COVID-19 ENTRE LA ESCUELA Y EL PROGRAMA ANTES/DESPUÉS DE LA ESCUELA** | | | | | |
| **A SER COMPLETADO POR LOS PADRES O TUTORES** | | | | | |
| **Información de los padres/tutores** | | | | | |
|  | | | | | |
| **Padre/Madre/Tutor**  **Nombre en letra de molde:** |  | | | | |
| **Nro. teléfono móvil/celular de padre/madre/tutor.:**  *Nota: los resultados se enviarán por mensaje de texto a este #* |  | | | | |
| **Padre/Madre/Tutor**  **Dirección de correo electrónico:** |  | | | | |
| **Información del menor/estudiante** | | | | | |
| **Nombre en letra de molde del niño/estudiante:** |  | | | | |
| **Nivel de grado:** |  | | | | |
| **Fecha de nacimiento:**  *(MM/DD/AAAA)* |  | | | | |
| **Dirección:** |  | **Ciudad:** |  | **Código postal:** |  |
| **Consentimiento para compartir información concerniente a COVID-19:** | Sí, autorizo a la escuela de mi estudiante y al(los) programa(s) antes/después de la escuela que figuran a continuación a compartir, entre ellos, los resultados de la prueba COVID-19 de mi estudiante y la identificación de mi estudiante como un contacto cercano que puede necesitar participar en Prueba y quedarse.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Escuela del estudiante Programa OST del estudiante | | | | |
| **CONSENTIMIENTO** | | | | | |
| Al completar y entregar este formulario, confirmo que soy el padre, la madre, el tutor o la persona legalmente autorizada para dar consentimiento y:   1. Yo, u otra persona legalmente autorizada, he autorizado previamente la recogida y el análisis de una muestra de mi estudiante para la detección de COVID-19 en la escuela y confirmo que mi estudiante puede continuar participando en ese programa de análisis bajo los términos del consentimiento previo. 2. Además de las entidades mencionadas en mi consentimiento previo, autorizo a la escuela de mi estudiante y al programa antes/después de la escuela a compartir cualquier resultado de la prueba COVID-19 sobre mi estudiante y si mi estudiante ha sido identificado como un contacto cercano que puede necesitar participar en Prueba y quedarse. 3. Entiendo que cualquier intercambio de información puede incluir la divulgación de la identidad de mi estudiante, la información de contacto y la información sobre los resultados de la prueba COVID-19 o su identificación como contacto cercano.   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 para mi estudiante y las divulgaciones descritas en este formulario de consentimiento. | | | | | |
| **Firma de padre/madre/tutor:** |  | | | **Fecha:** | |