

Formulario de consentimiento para exámenes COVID-19 de las escuelas públicas de Port Chester

El Distrito Escolar de Port Chester se compromete a mantener nuestras escuelas abiertas para la instrucción en persona siempre y cuando sea seguro para nuestros estudiantes y empleados. El Departamento de Salud del Estado de Nueva York revisó sus pautas para las escuelas relacionadas con los microgrupos de COVID-19. Como Port Chester está actualmente designado como una "zona naranja" por el estado de Nueva York, la prueba COVID-19 es obligatoria para que las escuelas puedan abrirse de nuevo. También se requiere que los distritos escolares realicen pruebas COVID-19 en el 20% de la población escolar en el sitio durante un período de cuatro semanas. Las pruebas deben basarse en una muestra al azar de estudiantes y empleados. Para maximizar la instrucción en persona para los estudiantes, el Distrito está buscando su consentimiento por adelantado para participar en las pruebas de COVID-19 gratuitas proporcionadas en la escuela, ya sea por enfermeras escolares capacitadas o, si autoriza que su hijo(a) sea tratado en uno de nuestros Centros de Salud Escolares de Open Door, por proveedores de atención médica capacitados. La planificación de las citas para los exámenes de detección de COVID-19 se realizará en una fecha futura.

A medida que el distrito se prepara para cumplir con el requisito de la prueba potencial, utilizaremos un examen de hisopado nasal mínimamente invasivo (un hisopo nasal en el frente y los lados de cada fosa nasal). Cualquier prueba realizada se adherirá a todas las leyes de privacidad federales y estatales, y todos los resultados de las pruebas serán confidenciales, excepto según lo requiera la ley. Su hijo(a) podrá ser examinado durante el año escolar de acuerdo con las pautas del departamento de salud del estado y del condado. Si da su consentimiento, su hijo(a) puede ser seleccionado para la prueba en una o más ocasiones, según nuestra designación y los requisitos del departamento de salud. La prueba es gratuita y los resultados están disponibles en 15 minutos. Alentamos su participación para que podamos mantener nuestras escuelas abiertas y hacerlas más seguras. Para ver un breve video sobre la prueba de detección COVID-19 que se utilizará, visite <https://www.globalpointofcare.abbott/en/product-details/navica-binaxnow-covid-19-us.html#>.

Los estudiantes que obtengan un resultado positivo deberán irse a casa inmediatamente y sus padres/tutores serán notificados, en caso de que no hayan acompañado a su hijo(a) a la prueba. Si su hijo(a) da positivo, al salir del sitio de la prueba, comuníquese con el proveedor de atención médica de su hijo(a) para revisar los resultados de la prueba y analizar qué debe hacer a continuación. De acuerdo con las pautas del departamento de salud, se le pedirá que mantenga a su hijo(a) en casa durante un período de cuarentena de 14 días.

La ley permite que cierta información sobre su hijo(a) se comparta con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York y el Departamento de Salud del Condado de Westchester. Esta información se compartirá sólo con fines de salud pública, que pueden incluir notificar a los contactos cercanos de su hijo(a) si han estado expuestos al COVID-19 y tomar otras medidas para prevenir una mayor propagación del COVID-19 en la comunidad escolar. La información

sobre su hijo(a) que se puede compartir incluye el nombre de su hijo(a) y los resultados de la prueba COVID-19, su fecha de nacimiento/ edad, sexo, raza/grupo étnico, nombre(s) de la escuela, maestros(as), inscripción y asistencia, y/o participación en otro programa después de la escuela, nombres de otros miembros de la familia o tutores, dirección, teléfono, número de teléfono móvil y dirección de correo electrónico. El intercambio de información sobre su hijo(a) solo se hará de acuerdo con la ley aplicable y las políticas del Distrito Escolar de Port Chester que protegen la privacidad del estudiante y la seguridad de los datos de su hijo(a).

Tómese unos minutos para responder las siguientes preguntas sobre las pruebas y responda la pregunta final si está dispuesto a dar su consentimiento para que su hijo(a) participe.

Complete un formulario por separado para cada niño(a) que tenga en el distrito.

Tener el consentimiento por adelantado nos permitirá comenzar rápidamente el proceso de prueba cuando lo exija el estado.

¡Gracias y manténgase saludable!

* Required

1. Nombre (persona que llena este formulario) *

2. Apellido(s) (persona que llena este formulario) *

3. ¿Cuál es su domicilio? *

4. ¿Cuál es su número de teléfono preferido? *

5. ¿Cuál es su mejor correo electrónico para contactarlo? *

6. Nombre del estudiante *

*Por favor llene una forma diferente para cada estudiante

7. Apellido(s) del estudiante *

*Por favor llene una forma diferente para cada estudiante

8. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de su hijo(a)? *

Example: January 7, 2019

9. ¿Cuál es la edad de su hijo(a) en años? *

10. ¿Cuál es el sexo de su hijo(a)? *

Mark only one oval.

femenino

masculino

Other: _____

11. ¿Cuál es el grupo étnico de su hijo(a)? *

Mark only one oval.

Hispano o latino

No hispano o no latino

Desconocido

12. ¿Cuál es la raza de su hijo(a)? *

Mark only one oval.

- Asiático
- Blanco
- Indio americano o nativo de Alaska
- Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico
- Negro o afroamericano
- Otro
- Desconocido

13. ¿En qué grado está su hijo(a)? *

Mark only one oval.

- Kindergarten
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- 12

14. ¿A qué escuela asiste su hijo(a) para el aprendizaje en persona? *

Mark only one oval.

- Escuela Primaria John F. Kennedy
- Escuela Primaria Park Avenue
- Escuela Primaria King Street
- Escuela Primaria Thomas Edison
- Escuela Intermedia de Port Chester (PCMS)
- Escuela Secundaria de Port Chester (PCHS)
- Mi hijo(a) es una estudiante de aprendizaje remoto de tiempo completo

15. Mi hijo(a) está inscrito para recibir atención médica en un Centro de Salud Escolar de Open Door...

Mark only one oval.

- Si
- No
- No estoy seguro(a)
- Actualmente no, pero estoy interesado(a) en inscribir a mi hijo(a) para que reciba atención médica en un Centro de Salud Escolar de Open Door

Revise la siguiente información y proporcione su consentimiento a continuación.

Entiendo que la ley del estado de Nueva York permite que cierta información sobre mi hijo(a) se comparta con ciertas agencias del condado y del estado de Nueva York (por ejemplo, el Departamento de Salud del Estado de Nueva York, el Departamento de Salud del Condado de Westchester, los proveedores de servicios contratados para las pruebas COVID-19). Esta información se compartirá sólo con fines de salud pública, que pueden incluir notificar a los contactos cercanos de mi hijo(a) si han estado expuestos al COVID-19 y tomar otras medidas para prevenir una mayor propagación del COVID-19 en la comunidad escolar. La información sobre mi hijo(a) que se puede compartir incluye el nombre de mi hijo(a) y los resultados de la prueba COVID-19, su fecha de nacimiento/ edad, sexo, raza/grupo étnico, nombre(s) de la escuela, maestros(as), inscripción y asistencia, y/o participación en otro programa después de la escuela, nombres de otros miembros de la familia o tutores, dirección, teléfono, número de teléfono móvil y dirección de correo electrónico. El intercambio de información sobre mi hijo(a) solo se hará de acuerdo con la ley aplicable y las políticas del Distrito Escolar de Port Chester que protegen la privacidad del estudiante y la seguridad de los datos de mi hijo(a).

- He firmado este formulario libre y voluntariamente, y estoy legalmente autorizado para tomar decisiones en nombre del niño(a) mencionado en este formulario.
- Doy mi consentimiento para que mi hijo se haga la prueba de COVID-19.
- Entiendo que mi hijo(a) puede ser examinado más de una vez hasta el 30 de junio de 2021, y entiendo que se me notificará cada vez antes de que mi hijo(a) sea examinado.
- Entiendo que este formulario de consentimiento será válido hasta el 30 de junio de 2021, a menos que notifique por escrito a la persona de contacto designada de la escuela de mi hijo(a) que revoco mi consentimiento.
- Entiendo que los resultados de las pruebas de mi hijo(a) y otra información pueden divulgarse según lo permita la ley.
- Reconozco que un resultado positivo en la prueba requerirá que se envíe a mi hijo(a) a casa y que se quede en casa hasta que cumpla con los criterios para regresar a la escuela de acuerdo con las pautas estatales y locales.
- Entiendo que esta prueba no reemplaza el tratamiento por parte del proveedor médico de mi hijo(a), y asumo la responsabilidad completa y total para tomar las medidas adecuadas con respecto a la salud y atención médica de mi hijo(a), así como en respuesta a los resultados de cualquier prueba.
- Entiendo que si soy un estudiante de 18 años o más, o si puedo dar mi consentimiento legal para mi propia atención médica, las referencias a "mi hijo" se refieren a mí y puedo firmar este formulario en mi propio nombre.

16. He leído este formulario de consentimiento para el examen de COVID-19 y conozco su contenido; que los mismos son fieles a nuestro propio conocimiento y hemos dado las respuestas establecidas anteriormente sabiendo que el Distrito Escolar de Port Chester se basará en ellas como confirmación de que el estudiante identificado anteriormente, ha / no ha recibido el consentimiento para que el distrito realice los exámenes de COVID -19. Estoy de acuerdo: *

Mark only one oval.

- Sí, doy mi consentimiento para que mi hijo(a) se haga el examen de COVID-19
- No, no doy mi consentimiento para que mi hijo(a) se haga el examen de COVID-19.

