



Consentimiento de Prueba de COVID-19: Estudiantes

St. Mary's School for the Deaf (SMSD) está solicitando su consentimiento para realizar pruebas de detección del virus COVID-19. Estamos trabajando en colaboración con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York para evaluar a los estudiantes, maestros, y miembros del personal para detectar la infección por COVID-19.

Solo trabajaremos con aquellas familias que estén dispuestas a dar su consentimiento. Una vez que das tu consentimiento, puede recindir este consentimiento enviando esta solicitud por escrito. *No hay consecuencias para cualquier estudiante/familia que decida no participar.*

Información de Padre/Guardian

Por favor, proporcione la información de contacto mas actualizada del padre(s) o guardian(es) que dan su consentimiento y recibirán los resultados.

Nombre:	
Dirección:	
Teléfono Celular:	

Niños en la familia

Por favor, complete a continuación para hasta cuatro niños /miembros de la familia. El padre está dando consentimiento para todos los niños presentados a continuación.

Nombre del niño/a #1:		Grado del Niño #1:	
Nombre del niño/a #2:		Grado del Niño #2:	
Nombre del niño/a #3:		Grado del Niño #3:	
Nombre del niño/a #4:		Grado del Niño #4:	

Consentimiento Paterno

NOTIFICACIÓN DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN

La ley permite que se comparta información sobre su hijo/a con y entre las agencias del condado de Erie y del Estado de Nueva York y sus proveedores contratados, incluidos los que se enumeran a continuación. Esta información solo se compartirá con fines de salud pública, que puede incluir notificar a los contactos cercanos de su hijo/a si han estado expuestos a COVID-19 y tomar otras medidas para prevenir una mayor propogación del COVID-19 en su comunidad escolar.

Información sobre su hijo/a que podría ser compartida con estas agencias de salud pública incluye el nombre de su hijo/a y los resultados de las pruebas de COVID-19, y fecha de nacimiento/edad. El intercambio de información sobre su hijo/a se hará de acuerdo con la ley aplicable y las políticas de St. Mary's School of the Deaf que protegen la privacidad de los datos de su hijo/a.

CONSENTIMIENTO

- He firmado este formulario libre y voluntariamente, y estoy legalmente autorizado para tomar decisiones por el niño/a mencionado/a anteriormente.

- Doy mi consentimiento para que mi hijo/a se haga la prueba de infección por COVID-19.
- Entiendo que mi hijo/a podria varias veces hasta el final del año escolar 2020-2021, y que las pruebas pueden ocurrir en días programados por St. Mary's School of the Deaf para cumplir con los requisitos de prueba de la estrategia de microclústeres del estado de Nueva York establecidos por mandatos estatales o locales.
- Entiendo que este formulario de consentimiento seguirá siendo válido a menos que notifique por escrito a la persona de contacto designada de la escuela de mi hijo 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 a las agencias de salud pública mencionadas anteriormente.
- Entiendo que si tengo 18 años o más o puedo dar consentimiento legal para mi propia atención médica, las referencias a "mi hijo/a" se refieren a mí y puedo firmar este formulario en mi propio

Reconozco y doy mi consentimiento como se describe arriba.

Firma:

Fecha: