



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 como parte de la designación de Micro-clúster del condado de Erie.

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 más 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 propagación 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 Micro-clúster de Nueva York.
- Entendiendo que este formulario de consentimiento será válido hasta junio de 2020, 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 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 nombre.

Reconozco y doy mi consentimiento como se describe arriba.

Firma:	Fecha:
--------	--------