



CONSENTIMIENTO DE LAS ESCUELAS PÚBLICAS DE YONKERS FORMULARIO PARA PRUEBAS COVID-19

Innovation • Inspiration • Excellence for All

One Larkin Center
Yonkers, Nueva York 10701
Tel. 914 376-8100
Fax 914 376-8584
equezada@yonkerspublicschools.org

Noviembre del 2020

Dr. Edwin M. Quezada
Superintendente de escuelas

¿Qué es este formulario? Las Escuelas Públicas de Yonkers están solicitando su consentimiento para realizar la prueba de COVID-19 a su hijo. Las Escuelas Públicas de Yonkers, en colaboración con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York, el Departamento de Salud del Condado de Westchester y con MedRite Urgent Care, se han asociado con laboratorios y otros proveedores para evaluar a los estudiantes, maestros y miembros del personal de las Escuelas Públicas de Yonkers para detectar COVID-19.

¿Con qué frecuencia evaluaría a mi hijo/a? De acuerdo con la guía del estado de Nueva York, las Escuelas Públicas de Yonkers están haciendo arreglos para que nuestros socios de evaluación vengan a todas las escuelas al menos una vez al mes para evaluar a algunos de los estudiantes y el personal. Si da su consentimiento, su hijo puede ser seleccionado para la prueba en una o más de estas ocasiones. Además, su hijo también puede ser evaluado durante todo el año escolar (1) de acuerdo con los mandatos del estado y la ciudad de Yonkers, como pruebas aleatorias quincenales en las escuelas de las zonas amarillas, o (2) si presenta uno o más síntomas de COVID-19, o (3) si es un contacto cercano de un estudiante, maestro o miembro del personal con infección por COVID-19.

¿Qué es la prueba? Si tu consientes, su hijo recibirá una prueba de diagnóstico gratuita para el virus COVID-19. La recolección de una muestra para la prueba implica insertar un hisopo pequeño, similar a un hisopo, en la parte frontal de la nariz y/o recolectar saliva (saliva).

¿Cómo sabré si mi hijo da positivo? Si su hijo tiene una muestra recolectada para la prueba en la escuela, le enviaremos información a casa para informarle. Los resultados de la prueba COVID-19 generalmente se proporcionarán dentro de las 48 a 72 horas.

¿Qué debo hacer cuando reciba los resultados de la prueba de mi hijo? Si los resultados de la prueba de COVID-19 de su hijo son positivos, comuníquese con el médico de su hijo de inmediato para revisar los resultados de la prueba y analizar qué debe hacer a continuación. Debe mantener a su hijo en casa e informar a la escuela de su hijo. Si los resultados de la prueba de su hijo son negativos, esto significa que el virus no se detectó en la muestra de su hijo. Las pruebas a veces producen resultados negativos incorrectos (llamados "falsos negativos") en personas que tienen COVID-19. Si su hijo da negativo pero tiene síntomas de COVID-19, o si le preocupa la exposición de su hijo al COVID-19, debe llamar al médico de su hijo.

NOTIFICACIÓN DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN

Las leyes federales y estatales permiten que cierta información sobre su hijo se comparta con y entre las Escuelas Públicas de Yonkers y otros funcionarios locales, incluidos, entre otros,

El Departamento de Salud y Bienestar Estudiantil de las Escuelas Públicas de Yonkers, el Departamento de Salud del Estado de Nueva York, el Departamento de Salud del Condado de Westchester y MedRite Urgent Care. Esta información se compartirá solo con fines de salud pública, que pueden incluir notificar a los contactos cercanos de su hijo si han estado expuestos al COVID-19 y tomar otras medidas para prevenir una mayor propagación del COVID-19 en su comunidad escolar. La información sobre su hijo que se puede compartir con estas agencias y proveedores de servicios que realizan las pruebas COVID-19 incluye el nombre de su hijo y los resultados de la prueba COVID-19, fecha de nacimiento / edad, sexo, raza / etnia, nombre (s) de la escuela, maestro (s), aula / cohorte / grupo, historial de inscripción y asistencia, y participación después de la escuela u otro programa, 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 solo se hará de acuerdo con la ley aplicable y las políticas de la Ciudad que protegen la privacidad del estudiante y la seguridad de los datos de su hijo.

yonkerspublicschools.org

INFORMACIÓN REQUERIDA

Padre / tutor (nombre en letra de imprenta): _____

Dirección del padre / tutor: _____

Número de teléfono del padre / tutor: _____

Padre / Tutor Email: _____

Nombre del niño / estudiante (nombre en letra de imprenta): _____

Identificación de estudiante infantil: _____

Fecha de nacimiento del niño / estudiante: _____

Escuela para niños / estudiantes: _____

Dirección del niño / estudiante (si es diferente a la anterior): _____

CONSENTIMIENTO

Al firmar a continuación, doy fe de que:

- He firmado este formulario libre y voluntariamente, y estoy legalmente autorizado para tomar decisiones por el niño mencionado anteriormente;
- Doy mi consentimiento para que mi hijo se haga la prueba de COVID-19;
- Entiendo que mi hijo puede ser evaluado varias veces hasta el 30 de junio de 2021 y que las pruebas pueden realizarse en (1) días programados por las Escuelas Públicas de Yonkers de acuerdo con los mandatos del estado de Nueva York, el condado de Westchester y la ciudad de Yonkers. como las pruebas aleatorias quincenales en las escuelas de las zonas amarillas; o (2) si presentan uno o más síntomas de COVID-19; o (3) si es un contacto cercano de un estudiante, maestro y / o miembro del personal con una infección por COVID-19;
- Entiendo que este formulario de consentimiento será válido hasta el 30 de junio de 2021, a menos que notifique a las Escuelas Públicas de Yonkers por escrito que revoco mi consentimiento;
- Entiendo que si revoco mi consentimiento o me niego a firmar, es posible que se requiera que mi hijo continúe su educación a través del aprendizaje remoto;
- Entiendo que los resultados de las pruebas de mi hijo y otra información pueden divulgarse según lo permita la ley;
- Entiendo que si soy un estudiante de dieciocho (18) años de edad o más, o 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.

Estoy de acuerdo y reconozco que he leído y revisado cuidadosamente este formulario, Lo entiendo completamente, y lo firmo voluntariamente:

Firma del Padre / Tutor: _____

Nombre del padre / tutor (en letra de imprenta): _____

Firma del estudiante (si es mayor de 18 años): _____

Nombre del estudiante (en letra de imprenta): _____

Ejecutado este _____ día de _____, 2020