



**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL
ESTUDIANTE DE YPS PRUEBAS DE COVID-19
hasta el 31 de agosto de 2021**

¿Qué es este formulario? Las Escuelas Públicas de Yonkers (YPS) buscan su consentimiento voluntario para que su hijo participe en las pruebas de detección de COVID-19. YPS colaboró con el Departamento de Salud del Estado de Nueva York para proporcionar pruebas de detección rápida de COVID-19 en las escuelas mediante la prueba de tarjeta BinaxNOW™ COVID-19 Ag Card. El objetivo semanal es realizar hasta un 20% de pruebas de detección rápida de COVID-19 en adultos y estudiantes elegibles en las escuelas de todo el distrito.

¿Con qué frecuencia evaluaría a mi hijo? Si da su consentimiento, su hijo puede ser seleccionado para las pruebas de detección una o más veces al mes hasta el 31 de agosto de 2021. Además, su hijo también puede ser evaluado durante el año escolar si su hijo presenta uno o más síntomas de COVID-19, o si su hijo es un contacto cercano de un estudiante, maestro o miembro del personal con una infección confirmada por COVID-19.

¿Qué es la prueba de detección? Su hijo recibirá una prueba gratuita de tarjeta BinaxNOW™ COVID-19 Ag que ha recibido la autorización de uso de emergencia de la FDA para una rápida solución de salud digital. La enfermera de la escuela administrará la prueba cuando su hijo llegue a la escuela por la mañana usando un hisopo nasal simple, similar a un hisopo, para insertar en la parte delantera de la nariz. En 15 minutos, la tarjeta BinaxNOW da un resultado.

¿Cómo sabré los resultados de las pruebas de mi hijo? El día que su hijo tenga una prueba de detección recogida en la escuela, los resultados de la prueba se enviarán a casa con su hijo. Si la prueba de detección es positiva, la enfermera de la escuela o el administrador se comunicarán con usted de inmediato.

¿Qué debo hacer cuando reciba los resultados de la prueba de mi hijo? Si los resultados de la prueba de detección 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. Las pruebas a veces producen resultados positivos incorrectos (llamados "falsos positivos") en personas que no tienen COVID-19; discuta esto con su médico.

Si los resultados de la prueba de su hijo son negativos, no se requiere ninguna acción, 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 la prueba de su hijo es negativa, 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.

¿Con quién debo comunicarme si tengo preguntas sobre las pruebas de detección o los resultados de las pruebas? Las preguntas serán respondidas por los profesionales de Servicios de Salud del Distrito por correo electrónico a Healthservices@YonkersPublicSchools.org o llamando al 914-376-8226.

NOTIFICACIÓN DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN

Las leyes federales y estatales permiten que cierta información sobre su hijo se comparta con YPS y otros funcionarios locales, incluidos, entre otros, el Departamento de Salud y Bienestar Estudiantil de YPS, Departamentos de Salud del Estado de Nueva York y del Condado de Westchester. El intercambio de información es solo para fines de salud pública, que pueden incluir notificar a los contactos cercanos de su hijo si han estado expuestos a COVID-19, y tomando otras medidas para prevenir una mayor propagación de COVID-19 en nuestra comunidad escolar. Esta información puede incluir 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 actividades extracurriculares u otra participación en el 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 está de acuerdo con la ley aplicable y las políticas de la Ciudad que protegen la privacidad de los estudiantes y la seguridad de los datos de su hijo.



**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL
ESTUDIANTE DE YPS PRUEBAS DE COVID-19
hasta el 31 de agosto de 2021**

Lea atentamente el Consentimiento informado. Al firmar a continuación, doy fe de que:

- He firmado este formulario libre y voluntariamente, y estoy legalmente autorizado para tomar decisiones en nombre del niño mencionado a continuación;
- Doy mi consentimiento para que mi hijo participe en la prueba de detección rápida YPS COVID-19 en la escuela;
- Entiendo que mi hijo puede ser evaluado en varias ocasiones y que las pruebas pueden ocurrir en (1) días programados por el Escuelas Públicas de Yonkers o (2) si mi hijo presenta uno o más síntomas de COVID-19 o (3) si mi hijo es cercano contacto 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 31 de agosto de 2021, a menos que notifique a las Escuelas Públicas de Yonkers por escrito que revoco mi consentimiento;
- 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 por mi propia atención médica, las referencias a "mi hijo" se refieren a mí, y puedo firmar este formulario en mi propio nombre;
- Entiendo que si elijo no proceder y autorizo electrónicamente mi firma, mi hijo no participará en las pruebas de detección YPS COVID-19.

ACEPTACIÓN

Yo, el abajo firmante, he sido informado sobre el propósito de la prueba, los procedimientos, los posibles beneficios y riesgos. He revisado y recibido una copia de este consentimiento. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas antes de firmar y se me ha dicho que puedo hacer otras preguntas en cualquier momento. Acepto voluntariamente la prueba de detección de COVID-19 para mi hijo. Se debe enviar un formulario por separado para cada niño

Si, por la presente autorizo el uso de mi firma: Escriba su nombre completo en letra de imprenta para que sirva como su firma para confirmar su consentimiento para participar en el programa de pruebas de detección en función de la información que figura en la primera sección de este formulario. **Escriba su nombre completo en letra de imprenta:**

| | |
|--|--|
| Dirección del padre/tutor | |
| Numero de Teléfono del padre/tutor | |
| Correo Electrónico del padre/tutor | |
| Apellido del Estudiante | |
| Nombre del Estudiante | |
| Número de Identificación del Estudiante | |
| Fecha de Nacimiento del Estudiante (mm/dd/aaaa) | |
| Dirección del Estudiante (si es diferente a la dirección anterior del padre/tutor) | |
| Escuela del Estudiante | |

Por favor confirme que su hijo NO ha sido diagnosticado con COVID-19 en los últimos 90 días
INSERT BOX A mi hijo NO le han diagnosticado COVID-19 en los últimos 90 días