



Formulario de consentimiento para pruebas de COVID
Consentimiento informado para detección del coronavirus (COVID-19)

Yo, padre/madre/tutor legal de [Insert Student Name] _____ autorizo a Pearl Medical and Diagnostic Laboratory a realizar la recolección, prueba y detección de COVID-19 usando una prueba rápida de antígeno y/o una prueba RT-PCR. Reconozco que esta evaluación se está llevando a cabo en [Insert school] _____ a mi solicitud y cualquier resultado o hallazgo es para su beneficio a fin de determinar si es seguro para que [Insert Student Name] _____ asista a la escuela. Además, reconozco y consiento expresamente cada uno de los siguientes:

1. Autorizo que los resultados de las pruebas de mi hijo se divulguen al condado, al estado o a cualquier otra entidad gubernamental según lo requiera la ley.
2. Reconozco que un resultado positivo de la prueba es una indicación de que mi hijo debe aislarse de los demás en un esfuerzo por evitar infectar a otros.
3. Entiendo que mi hijo no está creando una relación de paciente con Pearl Medical and Diagnostic Laboratory al participar en esta prueba de detección. Además, entiendo que Pearl Medical and Diagnostic Laboratory no actúa como el proveedor médico de mi hijo.
4. Entiendo que las pruebas no reemplazan el tratamiento del proveedor médico de mi hijo. Asumo la responsabilidad total y plena de tomar las medidas adecuadas en relación con los resultados de la prueba de mi hijo. Acepto que buscaré asesoramiento médico, diagnóstico, atención y cualquier tratamiento necesario de un proveedor médico para mi hijo si tengo preguntas o inquietudes, o si la condición de mi hijo requiere que lo haga. Si mi hijo no tiene un proveedor médico, puedo pedirle a Pearl Medical and Diagnostic Laboratory una lista de los profesionales de la salud de quienes mi hijo puede recibir atención de seguimiento.
5. Entiendo que, al igual que con cualquier prueba médica, existe la posibilidad de que se produzca un resultado de prueba falso positivo o falso negativo. Estas pruebas no excluyen la posibilidad de otras enfermedades infecciosas.
6. Entiendo que mis resultados se proporcionarán a la(s) escuela(s) y al DPH (Departamento de Salud Pública).
7. Yo entiendo el riesgo de uncripto email y estoy de acuerdo y doy permiso a Pearl Medical de mandar información personal de salud via uncripto a contacto de dirección email.

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas antes de firmar y se me ha indicado que puedo hacer otras preguntas en cualquier momento.

Nombre del maestro/estudiante: _____ Grado: _____

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

Firma del padre/madre/tutor: _____

Marque si corresponde: Maestro() Padre/madre() Tutor() Autorizado legalmente ()
Fecha de la firma: _____

