

**Hamblen County Department of Education - Health Services**  
Guidelines and Permission for COVID Testing during the 2021-22  
*Tennessee Department of Health and Tennessee Department of Education partnership*

The Hamblen County School District takes the health and safety of our students and their families very seriously. As such, in addition to steps to screen for the virus and prevent its spread on a campus, we are adding a voluntary COVID-19 testing program for staff, faculty, and students. This program is in partnership with the federal government, Tennessee Department of Health (TDOH) and Tennessee Department of Education (TDOE).

**\*If you are requesting Hamblen County Schools Nursing Staff to administer Covid-19 testing, the following must be completed and signed. Staff/faculty must provide written consent. Students younger than 18 years of age must have signed consent from parent/guardian. Verbal consent for students will be required, as well as, written consent prior to administering the COVID-19 test.**

**Who qualifies to be tested?(THIS WILL NOT BE A MASS TESTING)**

If one of the following criteria is present, you may receive free testing:

1. Staff/Faculty/Students who have symptoms of COVID-19.
2. Staff/Faculty/Students who had close contact (within 6 feet of an infected person for at least 15 minutes) with someone with confirmed COVID-19. (Testing is recommended 3-5 days after exposure)
3. Staff/Faculty/Students who have been asked or referred to be tested by a healthcare provider.
4. If a person has tested positive for COVID in the past 30 days, and symptoms reoccur, they should see a healthcare provider before testing again.

**Where and when can I get tested?**

Testing will be available at all schools by the school nurse. Please ask the nurse for her scheduled testing times.

**What is the test?**

**PCR:** The PCR molecular test is considered the gold standard in COVID-19 testing. Results should be available within 24 hours.

**Rapid Antigen Test:** These tests are particularly useful for identifying a person who is at or near peak infection. Turnaround time for results is usually very quick and in some cases, results can be reported within 15 minutes.

**What to do while waiting for results?**

You should self-quarantine at home until your results are available. Always follow the advice of your health care provider or public health professional.

**Known symptoms:**

People with COVID-19 have had a wide range of symptoms reported- ranging from mild symptoms to severe illness. Symptoms may appear 2-14 days after exposure to the virus. People with these symptoms may have COVID-19:

- Feeling feverish/chills
- Cough
- Fatigue/Muscle Pain
- Sore throat
- Significant muscle pain or aches
- Nausea or vomiting
- Loss of taste or smell
- Difficulty breathing/shortness of breath
- Headache
- Congestion/runny nose
- Diarrhea

\*This list does not include all possible symptoms.

**\*Written and Verbal consent is required before testing**

**\*PLEASE PRINT\***

**Patient Information**

First Name: \_\_\_\_\_ Middle Initial: \_\_\_\_\_ Last Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Cell/Mobile #: \_\_\_\_\_

School: \_\_\_\_\_ Position: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_ Physician/HCP: \_\_\_\_\_

Ethnicity: •Hispanic      •Not Hispanic

Race: •American Indian/Alaska Native   •Black/African American   •White   •Asian   •Native Hawaiian   •Other  
•Unknown

**Consent:**

By signing below, I confirm that:

- A. I authorize the school system to conduct collection and testing for COVID-19 by nasal swab.
- B. I authorize the school system/AEL (laboratory) to share results of testing with my local and state health authorities, the department of COVID-19 designee.
- C. I acknowledge that a positive result is an indication that I should self-isolate and wear a mask or face covering in an effort to avoid transmission to others.
- D. I understand the school system is not acting as my medical provider, this testing does not replace treatment by my medical provider, and I assume complete and full responsibility to take appropriate action in regards to my test results. I agree to seek medical advice, care, and treatment from my medical provider if I have questions or concerns, or if my condition worsens.
- E. I understand that, as with any medical test, there is the potential for a false positive or false negative COVID-19 test result.

**I, the undersigned, have been informed about the purpose, procedure, possible benefits and risks, and I have received a copy of this Informed Consent. I have been given the opportunity to ask questions before I sign, and I have been told that I can ask additional questions at any time. I agree to the testing protocol and statements above and voluntarily consent to the testing for COVID-19 for myself (>/=18 yrs. old) or my child.**

Person Tested: Staff \_\_\_\_\_ Student \_\_\_\_\_

**Signature of Staff or LEGAL Parent/Guardian of student (age <18 years):** \_\_\_\_\_

**Date:** \_\_\_\_\_

**Results: (School Clinic Use ONLY)**

**Type of test used: PCR** \_\_\_\_\_ **Rapid Antigen:** \_\_\_\_\_

Indicate Criteria Met (may be more than one):

Symptoms of COVID-19 \_\_\_\_\_ Known exposure \_\_\_\_\_

Referral by PCP \_\_\_\_\_ Referral by School Nurse \_\_\_\_\_

**Result:**

Positive \_\_\_\_\_

Negative \_\_\_\_\_

**Nurse performing the test:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**Verbal consent confirmed:** \_\_\_\_\_

## Departamento de Educación del Condado de Hamblen - Servicios de Salud

### Directrices y permisos para las pruebas de COVID durante el 2021-22

Asociación entre el Departamento de Salud de Tennessee y el Departamento de Educación de Tennessee

El Distrito Escolar del Condado de Hamblen toma muy en serio la salud y la seguridad de nuestros estudiantes y sus familias. Como tal, además de los pasos para detectar el virus y evitar su propagación en un campus, estamos agregando un programa voluntario de pruebas de COVID-19 para el personal, el cuerpo docente y los estudiantes. Este programa está en asociación con el gobierno federal, el Departamento de Salud de Tennessee (TDOH) y el Departamento de Educación de Tennessee (TDOE).

\*Si está solicitando al personal de enfermería de las escuelas del condado de Hamblen que administre la prueba de Covid-19, se debe completar y firmar lo siguiente. El personal/facultad debe dar su consentimiento por escrito. Los estudiantes menores de 18 años deben tener el consentimiento firmado por el padre/tutor. Se requerirá el consentimiento verbal de los estudiantes, así como el consentimiento por escrito antes de administrar la prueba COVID-19.

#### **¿Quién califica para hacerse la prueba?**

Si uno de los siguientes criterios está presente, puede recibir pruebas gratuitas:

Personal/Facultad/Estudiantes que tienen síntomas de COVID-19.

Personal/Facultad/Estudiantes que tuvieron contacto cercano (a menos de 6 pies de una persona infectada durante al menos 15 minutos) con alguien con COVID-19 confirmado. (Se recomienda realizar la prueba de 3 a 5 días después de la exposición)

Personal/Facultad/Estudiantes a quienes un proveedor de atención médica les ha pedido o referido que se hagan la prueba.

Si una persona ha dado positivo en la prueba de COVID en los últimos 30 días y los síntomas vuelven a aparecer, debe consultar a un proveedor de atención médica antes de volver a realizar la prueba.

#### **¿Dónde y cuándo puedo hacerme la prueba?**

Las pruebas estarán disponibles en todas las escuelas por parte de la enfermera escolar. Por favor pregúntele a la enfermera por sus horarios de prueba programados.

#### **¿Qué es la prueba?**

**PCR:** la prueba molecular PCR se considera el estándar de oro en las pruebas de COVID-19. Los resultados deben estar disponibles dentro de las 24 horas.

**Prueba rápida de antígeno:** estas pruebas son particularmente útiles para identificar a una persona que está en el pico de infección o cerca de él. El tiempo de entrega de los resultados suele ser muy rápido y, en algunos casos, los resultados se pueden informar en 15 minutos.

**¿Qué hacer mientras se esperan los resultados?** Debe ponerse en cuarentena en casa hasta que sus resultados estén disponibles. Siga siempre los consejos de su proveedor de atención médica o profesional de la salud pública.

**Síntomas conocidos:**

Las personas con COVID-19 han tenido una amplia gama de síntomas informados, que van desde síntomas leves hasta enfermedades graves. Los síntomas pueden aparecer de 2 a 14 días después de la exposición al virus. Las personas con estos síntomas pueden tener COVID-19:

Sensación de fiebre/escalofríos Pérdida del gusto o el olfato

Tos Dificultad para respirar/dificultad para respirar

Fatiga/Dolor muscular Dolor de cabeza

Dolor de garganta Congestión/secreción nasal

Dolores o dolores musculares significativos Diarrea

Náuseas o vómitos

\*Esta lista no incluye todos los síntomas posibles.

\*Se requiere consentimiento escrito y verbal antes de la prueba

<b>*PLEASE PRINT*</b>	
<b>Patient Information</b>	
Nombre: _____	Inicial segundo Nombre: _____ Last Name: _____
Dirección: _____	Ciudad: _____ estado: ____ Código Postal: _____
numero telef #: _____	
Escuela: _____	Posición: _____
fecha nacimiento: _____	Doctor/HCP: _____
Etnia: •Hispano      •No Hispano	
Raza: •Americano Indio/Alaska Nativo   •Negro/Africa Americano   •Blanco   •Asiático   •Nativo Hawaiano	
•Otro      •no sabe	

### **Consentimiento:**

Al firmar a continuación, confirmo que:

A. Autorizo al sistema escolar a realizar una recolección y prueba de COVID-19 mediante un hisopo nasal.

B. Autorizo al sistema escolar/AEL (laboratorio) a compartir los resultados de las pruebas con mis autoridades de salud locales y estatales, el designado del departamento de COVID-19.

C. Reconozco que un resultado positivo es una indicación de que debo autoaislarme y usar una máscara o una cubierta facial en un esfuerzo por evitar la transmisión a otros.

D. Entiendo que el sistema escolar no actúa como mi proveedor médico, esta prueba no reemplaza el tratamiento de mi proveedor médico y asumo la responsabilidad total y total de tomar las medidas

apropiadas con respecto a los resultados de mi prueba. Acepto buscar consejo médico, atención y tratamiento de mi proveedor médico si tengo preguntas o inquietudes, o si mi condición empeora.

E. Entiendo que, como con cualquier prueba médica, existe la posibilidad de un resultado falso positivo o falso negativo de la prueba de COVID-19.

**Yo, el abajo firmante, he sido informado sobre el propósito, procedimiento, posibles beneficios y riesgos, y he recibido una copia de este Consentimiento Informado. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas antes de firmar y se me ha dicho que puedo hacer preguntas adicionales en cualquier momento. Acepto el protocolo de prueba y las declaraciones anteriores y voluntariamente doy mi consentimiento para la prueba de COVID-19 para mí (>= 18 años) o mi hijo.**

Persona que hizo la prueba: Staff _____ Estudiante _____ Firma del personal/Padre/Guardian del estudiante (edad <18 años): _____  Fecha: _____
<b>Resultados: (Uso solo para la clinica de la escuela))</b> Tipo de Prueba usada: PCR _____ Rapid Antigena: _____ Indicate Criteria Met (may be more than one): Síntomas de COVID-19 _____ expuesto conocido _____ Referido por PCP _____ Referido por Enfermera de la escuela _____ <b>Resultado:</b> Positivo _____ Negativo _____ Enfermera que hizo la prueba: _____ Fecha: _____ consentimiento verbal confirmado: _____