

Apéndice A: Modelo de formulario de consentimiento para estudiantes que no pueden dar su propio consentimiento

AUTORIZACIÓN DE PADRES/TUTORES PARA LA ADMINISTRACIÓN DE LA PRUEBA COVID-19 DURANTE LA JORNADA ESCOLAR

Al completar y firmar este formulario, confirmo que soy el padre/la madre/tutor(a) responsable y autorizo a _____ (proveedor designado) a realizar a mi estudiante una prueba COVID-19 durante el horario escolar el día _____ (fecha). Entiendo que autorizar una prueba COVID-19 para mi estudiante es opcional. Puedo negarme a firmar esta autorización.

NOMBRE DEL/LA ESTUDIANTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIRECCIÓN: _____ # DE TELÉFONO: _____

Información demográfica:

El Departamento de Salud Pública está reuniendo la información demográfica que se solicita a continuación. Este formulario puede ser actualizado periódicamente, por favor consulte el sitio web de DESE para ver la versión más reciente del formulario.

¿Cuál es la raza del/la estudiante? (Seleccione todas las que correspondan):

- Indio/a americano/a o Nativo/a de Alaska
- Asiático/a
- Negro/a o Afroamericano/a
- Nativo/a de Hawái u otra isla del Pacífico
- Blanco/a
- Otra
- No se sabe

¿Es el/la estudiante de origen hispano? (Seleccione una):

- Sí
- No
- No se sabe

¿Cuál es el sexo del/la estudiante? (Seleccione una):

- Masculino
- Femenino
- Transgénero
- No se sabe

¿Tiene el/la estudiante una discapacidad? (Seleccione una):

- Sí
- No

¿Está embarazada la estudiante?

- Sí

_____ No

¿Cuál es el idioma materno del/la estudiante? _____

Contacto en emergencias:

En caso de emergencia, favor de notificar a:

Nombre Relación con el/la estudiante

Dirección Número de teléfono

Asistencia de los padres o tutores a la prueba (opcional):

Seleccione una:

_____ Yo sí acompañaré a mi estudiante en la unidad móvil de respuesta rápida el día de la prueba del COVID-19. Entiendo que debo usar una máscara/cobertura facial en todo momento y que no se me permitirá hacerme la prueba.

_____ Yo no acompañaré a mi estudiante en la unidad móvil de respuesta rápida el día de la prueba del COVID-19.

Resultados de la prueba (poner iniciales):

_____ Reconozco que el proveedor designado indicado arriba compartirá el resultado de la prueba con los padres/representantes autorizados del/la estudiante y reportará ese resultado a la autoridad de salud pública correspondiente (el Departamento de Salud Pública de Massachusetts y/o la junta local de salud del estudiante) según lo exige la ley estatal.

Se insta a los padres y tutores a compartir los resultados de la prueba con el departamento de la escuela para favorecer la seguridad pública.

Al firmar, confirmo que mi estudiante no está mostrando signos de síntomas de COVID-19 (como fiebre, congestión o náuseas), y que no se me ha notificado que mi estudiante estuvo en contacto cercano con nadie confirmado como positivo con COVID-19.

Firma autorizada:

Nombre de padres/tutores (en letra de molde):

Firma de padres/tutores

Fecha