



Escuelas Públicas del Condado de Prince George

Consentimiento de los padres para las pruebas y la divulgación de información de la COVID-19

Nombre del estudiante:

Número de identificación del estudiante:

Número telefónico del padre:

Fecha de nacimiento:

Grado:

Número telefónico alternativo:

Escuela:

Fecha:

Correo electrónico del padre:

**POR FAVOR, LEA CON CUIDADO, PONGA SUS INICIALES Y FIRME EL SIGUIENTE CONSENTIMIENTO INFORMADO:**

Este consentimiento autoriza que a su niño se le haga la prueba de SARS-CoV-2, el virus que causa el nuevo coronavirus COVID-19. A su hijo se le hará una prueba si presenta síntomas de la COVID-19 o si se identifica como un contacto cercano de alguien que dio positivo en la prueba de la COVID-19. La prueba se realiza insertando un pequeño hisopo en la nariz de su hijo para recolectar células que pueden contener evidencia de infección viral. Al firmar este formulario, usted acepta que tiene la autoridad legal para dar su consentimiento para que este menor se someta a la prueba que detecta la COVID-19 en las Escuelas Públicas del Condado de Prince George.

Los síntomas de la COVID-19 incluyen tos o sensación de falta de aire, dificultad para respirar, pérdida reciente del olfato o del gusto, fiebre de 100.4 grados Fahrenheit o más, escalofríos, dolor muscular, dolor de garganta, dolor de cabeza, fatiga, congestión o moqueo y síntomas gastrointestinales (náusea, vómito o diarrea).

**Este consentimiento se extiende a todas las pruebas que detectan la COVID-19 realizadas durante el año académico 2021-2022, a menos que se retire el consentimiento por escrito, si se proporciona. Al firmar este formulario, acepto lo siguiente para mi niño: (Por favor, ponga sus iniciales al lado de cada declaración y firme al final).**

\_\_\_ a. Autorizo a las Escuelas Públicas del Condado de Prince George a realizar recolecciones y pruebas (prueba rápida POC o prueba PCR) para detectar la COVID-19 a través de un hisopo nasal.

\_\_\_ b. Autorizo que los resultados de la prueba de mi niño se compartan con el condado, estado u a cualquier otra entidad gubernamental, según sea requerido por la ley. Los resultados se ingresarán a CRISP - (Intercambio de Información de Salud de Maryland) y SHERe (sistema electrónico de expedientes médicos de PGCPS). PGCPS no compartirá ninguna información que viole las leyes HIPPA y FERPA.

\_\_\_ c. Reconozco que un resultado positivo de la prueba es una indicación de que mi hijo debe aislarse y no podrá ingresar a un edificio de PGCPS hasta que se complete el período de aislamiento según las pautas de los CDC o el Departamento de Salud de Maryland/MSDE.

\_\_\_ d. Entiendo que las Escuelas Públicas del Condado de Prince George no actúan como mi proveedor médico, esta prueba no reemplaza el tratamiento del proveedor médico de mi hijo y asumo la responsabilidad completa y total de tomar las medidas apropiadas cuando reciba los resultados de la prueba de mi hijo. Acepto que buscaré asesoramiento médico, atención y tratamiento del proveedor médico de mi hijo si tengo preguntas o inquietudes, o si la condición de mi hijo empeora.

\_\_\_ e. Comprendo que, como con cualquier prueba médica, hay un potencial de tener un resultado falso negativo en la prueba de la COVID-19. Si mi hijo presenta síntomas, o ha sido identificado como un contacto cercano de alguien que dio positivo en la prueba que detecta la COVID-19, se requerirá que mi hijo tenga un resultado negativo de PCR COVID-19 o un diagnóstico alternativo por escrito del proveedor de servicios de mi hijo antes de que mi hijo pueda regresar al aprendizaje escolar.

\_\_\_ f. Comprendo que no habrá gastos de mi propio bolsillo por esta prueba.

Yo, el firmante, he sido informado sobre el objetivo de la prueba, los procedimientos, posibles beneficios y riesgos. 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.

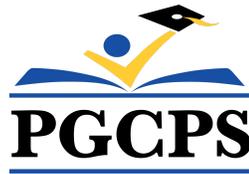
Marque uno y firme a continuación.

\_\_\_ **Doy mi consentimiento voluntariamente para que se le haga una prueba de COVID-19 a mi niño.**

\_\_\_ **NO doy mi consentimiento para que se le haga la prueba que detecta la COVID-19 a mi niño. Soy consciente de que, si me niego a que se le realice la prueba a mi hijo, el Departamento de Salud considerará a mi hijo como un caso positivo. Su capacidad para regresar a la escuela se basa en un comunicado emitido por el Departamento de Salud del Condado de Prince George.**

Nombre en letra de molde

Parentesco con el estudiante



**Escuelas Públicas del Condado de Prince George**  
**NOTIFICACIÓN FERPA DE LA COVID-19**

**Nombre del estudiante:**  
**Fecha de nacimiento:**  
**Escuela:**

**Número de identificación del estudiante:**  
**Grado:**  
**Fecha:**

**Divulgación de información protegida por la Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar de las Escuelas Públicas del Condado de Prince George para el Intercambio de Información de Salud de Maryland (CRISP).**

Conforme a la Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (FERPA) (20 U.S.C. § 1232g; 34 C.F.R. parte 99), se requiere el consentimiento escrito del padre o del estudiante que cumple con los requisitos antes de que los expedientes educativos de un estudiante o la información de identificación personal contenida en el mismo puedan ser divulgados a una tercera parte, a menos que se haga una excepción de este requisito general de consentimiento escrito. Si el estudiante tiene 18 años de edad o más, o está matriculado en una institución de educación postsecundaria, él o ella es un “estudiante que cumple con los requisitos” y debe brindar el consentimiento escrito para divulgar sus expedientes educativos o su información de identificación personal contenida en el mismo.

Por la presente, acuerdo permitir que las Escuelas Públicas del Condado de Prince George divulguen la siguiente información de identificación personal o expedientes educativos:

- Los resultados de la prueba que detecta la COVID-19 y el expediente electrónico de salud del estudiante se ingresarán en el sistema de Intercambio de Información de Salud de Maryland (CRISP).
- Puede retirar su consentimiento para compartir esta información en cualquier momento. La solicitud para retirar su consentimiento debe presentarse por escrito y debe ser firmada.

---

Firma del padre, tutor o estudiante que cumple con los requisitos

---

Fecha



## Escuelas Públicas del Condado de Prince George Consentimiento de COVID-19 del estudiante:

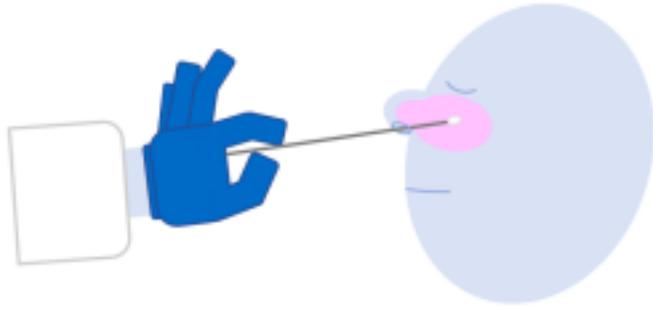
Nombre del estudiante:  
Fecha de nacimiento:  
Escuela:

Número de identificación del estudiante:  
Grado:

Fecha:

### ¿Qué es una prueba que detecta la COVID-19?

Un miembro del personal de enfermería pondrá un hisopo (como un hisopo muy largo) en tu nariz. Puede parecer que el hisopo está subiendo demasiado por la nariz, pero esta es la forma correcta de realizar la prueba.



### ¿Me va a doler?

Puede que el hisopo en tu nariz duela, pero es rápido y el dolor se quita rápidamente. Es importante que no muevas tu nariz.

### ¿Tienes alguna pregunta?

Puedes hacer preguntas en cualquier momento. Puedes hacer la pregunta ahora. Puedes hacer la pregunta después. Puedes hablar conmigo o puedes hablar con alguien más.

- El estudiante está de acuerdo en hacerse la prueba.
- El estudiante no coopera/no puede participar/no tolera.
- El estudiante se niega a hacerse la prueba.

\*\*\*\*\*

**FIRMA DE LA PERSONA QUE REALIZA CONVERSACIÓN DE CONSENTIMIENTO** he explicado el estudio a \_\_\_\_\_ (*print name of child here*) en un idioma que puede entender y el niño ha dado su consentimiento para que le hagan la prueba.

\_\_\_\_\_ Firma de la persona que lleva a cabo la conversación de consentimiento

\_\_\_\_\_ Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre de la persona que lleva a cabo la conversación de consentimiento (*escrito*)

Firma del niño/estudiante \_\_\_\_\_