



San Marcos Consolidated Independent School District

P.O. Box 1087 | San Marcos, Texas 78666 | OFFICE 512.393.6700 | FAX 512.393.6787

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL ESTUDIANTE PARA LAS PRUEBAS OPCIONALES DE COVID-19

San Marcos CISD toma muy en serio la salud y seguridad de nuestros alumnos y sus familias. Como tal, además de los pasos para detectar el virus y prevenir la propagación en la escuela, estamos incorporando un programa voluntario de pruebas de K-12 COVID-19 a los estudiantes. Este programa utiliza las pruebas BinaxNOW de los Laboratorios Abbott proporcionados por el gobierno federal. Solo probaremos con su permiso. Si está dispuesto a proporcionar el permiso para que nosotros administremos esta prueba a su hijo(a) o a usted mismo (si el estudiante tiene 18 años o más), favor de llenar esta forma.

¿Qué es la prueba?

Si su hijo es sintomático, si usted da consentimiento, su hijo(a) recibirá gratuitamente una prueba rápida de BinaxNOW para el COVID-19. La recolección de una muestra para el análisis implica el uso de un hisopo, similar a un Q-Tip, colocado dentro de la punta de la nariz. Un miembro del personal escolar que ha sido entrenado a usar esta prueba tomará la muestra y un administrador de pruebas de COVID-19 capacitado supervisará el proceso. Los resultados de la prueba estarán a disposición de los padres/ guardianes que firme el formulario a continuación. Los resultados se enviarán formalmente vía mensaje de texto y/o correo electrónico dentro de las 24 horas de la prueba. Este programa es totalmente opcional para los estudiantes, aunque esperamos que decidan hacerse la prueba para mantener nuestras escuelas tan saludables y seguras como sea posible. Las pruebas se ofrecen al igual que los protocolos de seguridad tales como el uso de las máscaras, distanciamiento social y desinfección frecuente de superficies.

¿Qué debo hacer cuando reciba los resultados de las pruebas de mi hijo(a)?

Si su hijo(a) o usted (si el estudiante tiene 18 años o más) da positivo en el virus, su hijo(a) será trasladado a una habitación alejada de los otros estudiantes y personal hasta que pueda recogerlo. Le pedimos que mantenga a su hijo(a) en casa hasta que el periodo de infección haya terminado (típicamente, hasta que los síntomas hayan mejorado y al menos 10 días a partir de la fecha en que aparecieron los síntomas) y su hijo(a) ya no es contagioso(a). La prueba de su hijo(a) sale negativa, no se encontró el virus en la muestra de prueba y su hijo(a) puede asistir a la escuela sin interrupción. En un pequeño número de casos, las pruebas a veces producen resultados incorrectos, que muestran resultados negativos (llamados "falsos negativos") en personas que tienen COVID-19 o que muestran resultados positivos (llamados "falsos positivos") en personas que no tienen COVID-19. Si su hijo(a) da pruebas negativas, pero tiene síntomas de COVID-19, o si tiene preocupación sobre la exposición de su hijo(a) a COVID-19, debe llamar al médico de su hijo, a una autoridad médica con licencia o a su departamento de salud local.

Síntomas Conocidos (Esta lista no incluye todos los síntomas posibles):

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

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Falta de gusto u olfato | <input type="checkbox"/> Congestión o secreción nasal |
| <input type="checkbox"/> Tos | <input type="checkbox"/> Temblor o escalofrío exagerado |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para Respirar | <input type="checkbox"/> Significante dolor muscular o dolor |
| <input type="checkbox"/> Falta de aire | <input type="checkbox"/> Diarrea |
| <input type="checkbox"/> Fatiga | <input type="checkbox"/> Náusea o vómito |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Sensación de fiebre o temperatura media, mayor o igual a 100.0 grados Fahrenheit |
| <input type="checkbox"/> Escalofrío | |
| <input type="checkbox"/> Dolor de garganta | |

Renuncia:

Si bien nos damos cuenta se tomarán precauciones para la seguridad de los estudiantes, por favor tenga en cuenta que ni el administrador de pruebas ni San Marcos CISD ni ningún miembro del consejo directivo, oficiales, empleados, u organizaciones patrocinadoras son responsable de cualquier accidente o lastimadura que pueda ocurrirle a su hijo(a) o a usted mismo (si el estudiante de 18 años o mayor), como resultado de aceptar la prueba.



San Marcos Consolidated Independent School District

P.O. Box 1087 | San Marcos, Texas 78666 | OFFICE 512.393.6700 | FAX 512.393.6787

Aun con la forma de permiso en el archivo, la escuela llamara a los padres antes de administrar la prueba.

No se harán las pruebas a ningún estudiante que no sea cooperativo.

Solo se harán pruebas a estudiantes sintomáticos. Recibimos un número limitado de pruebas y no podemos acomodar a estudiantes asintomáticos en este momento.

PARA SER COMPLETADO POR PADRES, TUTORES O ESTUDIANTES ADULTOS				
Información del Padre / Guardián				
<i>Sera notificado con los resultados de las pruebas ya sea, via teléfono celular, correo electrónico o ambos.</i>				
Padre / Guardián Nombre Impreso:				
Padre/Guardián No. de Celular: <i>Nota: resultados serán enviados via texto a este número celular</i>				
Padre / Guardián Correo Electrónico:				
Información del Ni �o(a) / Estudiante				
Nombre Impreso del Ni �o(a)/Estudiante:				
No. ID de la Escuela:				
Numero Licencia de Manejar: <i>(Si aplica)</i>				
Dirección:	Ciudad:		Estado:	
Código Postal:	Condado:			
Escuela:		Nivel de Grado:		
Fecha de Nacimiento: <i>(MM/DD/AÑO)</i>		Edad:		
Raza/Etnicidad:	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Hispano	<input type="checkbox"/> Nativo Americano/Indígena	Genero:
	<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> Masculino
				<input type="checkbox"/> Femenino
				<input type="checkbox"/> Otro/Desconocido
CONSENTIMIENTO				
Al firmar a continuación, Atestiguo que:				
<p>A. Autorizo al sistema educativo a llevar a cabo la recolección y prueba a mi hijo(a) o m� (si el estudiante es 18 años o mayor) para COVID-19 por hisopo nasal.</p> <p>B. Reconozco que el resultado de una prueba positiva es una indicación que mi hijo(a) o yo (si el estudiante es 18 años o mayor), debe auto-aislar y también continuar usando una máscara o una cubierta facial como se indica en un esfuerzo para evitar infectar a otros.</p> <p>C. Entiendo que el sistema escolar no está actuando como proveedor médico a mi hijo(a), este examen no reemplaza el tratamiento del proveedor medico de mi hijo, y asumo responsabilidad completa para tomar una acción apropiada con respecto a los resultados de la prueba de mi hijo(a). Estoy de acuerdo en buscar consejo médico, cuidado y tratamiento del proveedor medico de mi hijo(a) si tengo preguntas o preocupaciones o si sus condiciones empeoran.</p> <p>D. Entiendo que, como cualquier otra prueba médica, existe la posibilidad de un diagnostico falso positivo o falso negativo del COVID-19</p>				



San Marcos Consolidated Independent School District

P.O. Box 1087 | San Marcos, Texas 78666 | OFFICE 512.393.6700 | FAX 512.393.6787

Yo, el suscrito, he sido informado acerca del propósito, procedimiento, posibles beneficios y riesgos de la prueba, 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 voluntariamente esta prueba para COVID-19.

Firma del Padre / Guardián:		Fecha:	
Firma del Estudiante: <i>(Si tiene 18 años o es mayor o está autorizado a dar su consentimiento)</i>		Fecha:	