

# Formulario de consentimiento para la prueba rápida de antígenos de COVID-19

Nombre del estudiante:
Fecha de nacimiento del estudiante:
Escuela:
Nombre del padre, de la madre o del tutor:
Domicilio:
Número de teléfono:

**Lea detenidamente el siguiente aviso de consentimiento informado y firme la autorización para la prueba de COVID-19.**

1. Comprendo que la prueba de COVID-19 del estudiante antes mencionado será llevada a cabo a través de una , Abbott Laboratories BinaxNOW proporcionada por el Departamento de Salud del Estado de Washington, y reconozco que la *Ficha informativa para personas* se ha puesto a mi disposición.
2. Comprendo que la posibilidad de que el estudiante antes mencionado se someta a la prueba está limitada a la disponibilidad de los suministros para la prueba.
3. Comprendo que la entidad que realiza la prueba no está actuando como el proveedor de salud del estudiante antes mencionado. La prueba no reemplaza el tratamiento que proporciona un proveedor de salud. Asumo responsabilidad plena y completa para tomar las medidas necesarias en relación con los resultados de las pruebas, incluidas, entre otras, solicitar asesoramiento, asistencia y tratamiento médico de un proveedor de salud u otra entidad de salud si tengo preguntas o dudas, si el estudiante antes mencionado presenta síntomas de COVID-19, o si la afección del estudiante mencionado anteriormente empeora.
4. Comprendo que, como con cualquier prueba médica, existe la posibilidad de que el resultado de la prueba de COVID-19 sea falso positivo o falso negativo.
5. Comprendo que es mi responsabilidad notificar al proveedor de atención médica del estudiante antes mencionado en caso de que el resultado de la prueba sea positivo, y que no se enviará una copia en mi nombre al proveedor de atención médica del estudiante antes mencionado.
6. Comprendo que el resultado de la prueba de antígenos estará disponible en un plazo de 15 a 30 minutos.
7. Comprendo y reconozco que un resultado positivo de la prueba de antígenos es una indicación de que el estudiante antes mencionado necesita aislarse para no contagiar a los demás.
8. Se me ha informado sobre la finalidad, los procedimientos, y los posibles riesgos y beneficios de la prueba. Tendré la oportunidad de hacer preguntas antes de proceder con la prueba de COVID-19. Entiendo que, si no quiero continuar con la prueba de diagnóstico de COVID-19 para el estudiante antes mencionado, puedo rechazarla.
9. Comprendo que, para garantizar la seguridad y la salud pública y controlar la propagación de la COVID-19, puede que se compartan los resultados sin mi autorización.
10. Comprendo que se divulgarán los resultados de la prueba a la autoridad de salud pública que corresponda, según lo requiera la ley.
11. Comprendo que puedo retirar mi consentimiento para la prueba en cualquier momento antes de que se realice.

**AUTORIZACIÓN/CONSENTIMIENTO PARA LA PRUEBA DE COVID-19**

- Doy mi consentimiento para autorizar al estudiante antes mencionado a someterse a una prueba de COVID-19.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre, la madre o el tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

- Doy mi consentimiento para someterme a la prueba de COVID-19.

\_\_\_\_\_  
Firma del estudiante (18 años en adelante)

\_\_\_\_\_  
Fecha