

Formulario de Consentimiento para la Prueba Rápida de Antígeno COVID-19

Nombre del estudiante:
Fecha de Nacimiento del Estudiante:
Escuela:
Nombre del Padre/Tutor:
Dirección:
Teléfono:

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

1. Entiendo que la prueba de COVID-19 del estudiante mencionado anteriormente se realizará a través de una prueba rápida de antígeno COVID-19 proporcionada por el Departamento de Salud del Estado de Washington y reconozco que las [Hojas informativas para Pacientes](#) de las pruebas se han puesto a mi disposición.
2. Entiendo que la capacidad del estudiante mencionado anteriormente para recibir la prueba está limitada a la disponibilidad de suministros para la prueba.
3. Entiendo que la entidad que realiza la prueba no actúa como proveedor médico del estudiante mencionado anteriormente. Las pruebas no reemplazan el tratamiento por parte de un proveedor médico. Asumo la responsabilidad total y completa de tomar las medidas apropiadas con respecto a los resultados de la prueba, incluida la búsqueda de asesoramiento médico, atención y tratamiento de un proveedor médico u otra entidad de atención médica si tengo preguntas o inquietudes, si el estudiante mencionado anteriormente desarrolla síntomas de COVID-19, o si la condición del estudiante mencionado anteriormente empeora.
4. Entiendo que, como con cualquier prueba médica, existe la posibilidad de un resultado falso positivo o falso negativo de la prueba COVID-19.
5. Entiendo que es mi responsabilidad informar al proveedor de atención médica del estudiante mencionado anteriormente sobre un resultado positivo de la prueba, y que no se enviará una copia al proveedor de atención médica del estudiante mencionado anteriormente en mi nombre.
6. Entiendo que el resultado de la prueba de antígeno estará disponible en 15-30 minutos.
7. Entiendo y reconozco que un resultado positivo de la prueba de antígeno es una indicación de que el estudiante mencionado anteriormente debe aislarse para evitar infectar a otros.
8. he sido informado del [propósito de la prueba, procedimientos, y riesgos potenciales y beneficios](#). Tendré la oportunidad de hacer preguntas antes de proceder con una prueba de COVID-19. Entiendo que si no deseo que el estudiante mencionado anteriormente continúe con la prueba de diagnóstico de COVID-19, puedo rechazar la prueba.
9. Entiendo que para asegurar la salud y seguridad pública y controlar la propagación del COVID-19, los resultados de la prueba pueden compartirse sin mi autorización.
10. Entiendo que los resultados de la prueba se divulgarán a las autoridades de salud pública correspondientes según lo exige la ley.
11. Entiendo que puedo retirar mi consentimiento para la prueba en cualquier momento antes de que se realice.

Spanish

AUTORIZACIÓN/CONSENTIMIENTO PARA PRUEBA DEL COVID-19

- Doy mi consentimiento para autorizar al estudiante mencionado anteriormente, a someterse a la prueba COVID-19.

Firma del Padre/Tutor

Fecha

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

Firma del Estudiante (mayor de 18 años)

Fecha