

CONSENTIMIENTO PARA LLEVAR A CABO LA PRUEBA COVID-19
(Consentimiento de los padres de familia para los alumnos menores de 18 años)

1. Autorización y consentimiento para llevar a cabo la prueba rápida de antígeno Covid-19 y la prueba de reacción en cadena de la polimerasa (PCR*).

Doy mi consentimiento y autorizo voluntariamente al personal de la Fundación de Investigación de la Universidad Estatal de San Diego ("SDSURF") en asociación con el personal del distrito Sweetwater Union High School District ("Distrito") y con el personal de la Clínica de Salud Alliance ("Clínica") para realizar recolección, pruebas y análisis con el propósito de llevar a cabo la prueba de diagnóstico de COVID-19. Las pruebas de COVID-19 se proporcionan de manera gratuita.

Reconozco y entiendo que para llevar a cabo las pruebas de diagnóstico de COVID-19, mi hijo (a) necesitará recolectar una muestra por sí mismo (a) introduciendo a su nariz un hisopo (similar al *Q-tip*) menos de 1 pulgada, de acuerdo con las indicaciones del personal capacitado para obtener la muestra para la prueba de COVID-19. Los resultados de la prueba rápida de antígenos estarán disponibles en aproximadamente 20 minutos. Es posible que se tome una segunda muestra utilizando el mismo procedimiento de auto-recolección para la prueba PCR (de laboratorio) con el fin de confirmar los resultados de la prueba rápida de antígeno. Esto incluye la confirmación de resultados positivos, resultados negativos para personas con síntomas, y resultados negativos de personas asintomáticas seleccionados aleatoriamente para control de calidad constante de dicha prueba. La muestra recolectada para la prueba PCR se enviará al laboratorio de Salud Pública del Condado de San Diego para su análisis. Los resultados de la prueba PCR estarán disponibles en un período de 24 a 48 horas. Entiendo que existen riesgos y beneficios asociados con someterse a la prueba rápida de antígeno o a la prueba PCR de COVID-19 y existe la posibilidad de resultados falsos positivos o falsos negativos.

Entiendo que la firma del presente formulario autoriza al personal de la Fundación de Investigación de la Universidad Estatal de San Diego, en asociación con el personal del distrito Sweetwater Union High School District y con el personal de la Clínica de Salud Alliance, para llevar a cabo pruebas en diversas ocasiones a mi hijo (a) (como cada dos semanas, mensualmente o con menos frecuencia), dependiendo de la disponibilidad de pruebas y el nivel del virus de COVID en nuestra comunidad. Autorizo que mi hijo (a) sea examinado sin mi presencia hasta el 30 de junio de 2022. Entiendo que puedo cancelar el presente consentimiento por escrito en cualquier momento antes de que se administren las pruebas. Si deseo cancelar mi consentimiento, notificaré al Coordinador de COVID del distrito Sweetwater Union High School District a través del siguiente correo electrónico: legalsuhd@sweetwaterschools.org.

Entiendo que es requisito que mi hijo (a) se inscriba o que yo lo/la inscriba antes de su primera prueba. La inscripción incluye proporcionar información de contacto, información demográfica, e información breve sobre las condiciones de salud que son factores de riesgo de COVID grave. Cuando se lleve a cabo la prueba de diagnóstico COVID, mi hijo (a), debe responder preguntas sobre los posibles síntomas de COVID-19 y la posible exposición a cualquier persona diagnosticada con COVID-19. La información antes mencionada es necesaria para informar a los funcionarios de salud pública del condado y del estado. También, autorizo que mi hijo (a) a proporcione información sobre sus síntomas de salud relacionadas con COVID como parte de cada proceso de prueba.

Asumo completa y total responsabilidad de tomar las medidas adecuadas con respecto a los resultados de la prueba de mi hijo (a). En caso de preguntas o inquietudes con respecto a los resultados de mi hijo (a), o si su condición empeora, buscaré de inmediato el consejo y el tratamiento de un proveedor médico apropiado.

2. Prácticas de privacidad y derechos del paciente:

a) Aviso de prácticas de privacidad y derechos del paciente: El personal de SDSURF y del distrito, pueden utilizar y compartir la información médica protegida para llevar a cabo un tratamiento, realizar operaciones de atención médica y para otros fines permitidos o exigidos por la ley.

b) Compartir información con las autoridades de salud pública y distritales: Reconozco y acepto que el personal de SDSURF y del distrito pueden compartir los resultados de la prueba y la información asociada de mi hijo (a) con el personal del distrito, condado, estado y entidades reguladoras correspondientes según lo requiera y permita la ley. Es necesario que el personal de SDSURF y de la clínica informe sobre todas las pruebas realizadas a los funcionarios de salud pública del condado de San Diego. Los casos con resultados positivos deben ser informados a los funcionarios de salud pública del condado y del estado. Si el resultado de su hijo (a) es positivo, el personal del distrito tomará medidas de seguimiento de acuerdo a los protocolos establecidos por el personal de salud pública del condado. La información de los resultados de las pruebas también se compartirá con el personal del distrito necesario con el fin de informarles de la capacidad del alumno de participar en actividades curriculares y extracurriculares de la escuela.

c) Compartir información no identificable: El financiamiento para las pruebas de COVID-19 es proporcionado por los Institutos Nacionales de Salud como parte de una iniciativa de pruebas de COVID (RADx-UP) a través de una subvención a la Universidad Estatal de San Diego. Como lo exige la subvención, la información no identificable recopilada se compartirá con el personal del centro de coordinación y recopilación de datos de RADx-UP. No se compartirá información que pueda identificar a una persona. No se compartirán nombres, fechas de nacimiento, números de teléfono, domicilios u otra información de identificación. También, se compartirá información anónima limitada (edad, raza, origen étnico, síntomas de COVID, resultados de la prueba COVID) con el fabricante de la prueba rápida de antígenos *Quidel Corporation*. Reconozco y acepto que la información no identificable de mi hijo (a) puede incluirse en la información que se comparte.

3. Liberación

En la mayor medida permitida por la ley, por medio de la presente libero, absuelvo y eximo de responsabilidad al Estado de California, a los Fideicomisarios de la Universidad Estatal de California, a la Universidad Estatal de California, a la Universidad Estatal de San Diego y a la Fundación de Investigación de la Universidad Estatal de San Diego (colectivamente "Universidad"), al distrito Sweetwater Union High School District y a la clínica Alliance Health Clinic, que incluyen sin limitarse a: sus respectivos funcionarios, directores, empleados, representantes y agentes de todos los reclamos, responsabilidades y daños, de cualquier tipo o naturaleza, como resultado de o en conexión con cualquier acto u omisión relacionado con la (s) prueba (s) de diagnóstico de COVID-19 o la comunicación de los resultados de la prueba de COVID-19 de mi hijo (a).

Se me informó sobre el propósito de las pruebas rápidas de antígeno de COVID-19 y PCR, los procedimientos a realizar, los posibles riesgos y beneficios. Se me brindó la oportunidad de hacer preguntas antes de proceder con la autorización de las pruebas de diagnóstico de COVID-19 para mi hijo (a) y entiendo que si mi hijo (a) no desea continuar con la recolección, prueba o análisis del antígeno de COVID-19 o prueba PCR, puede rechazarlo. Leí el contenido del presente formulario en su totalidad y voluntariamente doy mi consentimiento para que mi hijo (a) se someta a las pruebas de diagnóstico de COVID-19.

Reconozco y acepto que leí, entiendo y estoy de acuerdo con las declaraciones contenidas en el presente formulario.

Nombre de la persona que se someterá a la prueba (alumno): Plantel escolar:

Nombre del padre de familia:

Fecha:

Firma del padre de familia:

(*Por sus siglas en inglés.)