

AUTORIZACIÓN DE ESTUDIANTES PARA PRUEBA DE ANTÍGENO COVID-19

Condado: New Castle Kent Sussex Otro (especifique): _____

Información de los padres, tutores o de la persona adulta

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono/móvil: _____ Correo electrónico: _____

Mejor forma de comunicarse con usted: Móvil/celular Teléfono de casa Correo electrónico

Estudiante o persona adulta (Quien recibirá la prueba del antígeno)

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: Masculino Femenino

Raza: Blanco Negro/Afroamericano Asiático o de las islas del pacífico Nativo americano o de Alaska Multiracial

Otro: _____

Etnicidad: Hispano No-Hispano

Escuela: _____ Grado: _____

Cohorte: Cohorte A (En persona lunes y martes) Cohorte B (En persona jueves y viernes)

Cohorte C (En persona lunes, martes, jueves y viernes)

NOTIFICACIÓN SOBRE LA DISTRIBUCIÓN DE INFORMACIÓN

La ley permite que cierta información sobre su estudiante se pueda compartir entre ciertas agencias del estado de Delaware y prestadores de servicios por contrato, incluyendo los enumerados a continuación. Esta información se compartirá sólo con propósito de mantener la salud pública, esto puede incluir notificar a las personas con las que su estudiante ha tenido contacto cercano sobre posible exposición al COVID-19, además de tomar otros pasos para prevenir el contagio del COVID-19 en la comunidad. La información sobre su estudiante que pudiéramos compartir con las agencias y proveedores de servicio que llevan a cabo la prueba del COVID-19 incluye el nombre de su estudiante, los resultados de la prueba del COVID-19, fecha de nacimiento, edad, género, raza, etnicidad, nombre de la escuela, clase, sección o grupo, expediente de inscripción y asistencia, participación en programas de cuidado después de la escuela o participación en otros programas, nombre de otros miembros de la familia, docentes, número de teléfono, dirección, número de teléfono móvil y correo electrónico. La distribución de información sobre su estudiante sólo se hará cumpliendo las leyes y reglamentos establecidos para la protección de la información de los estudiantes y la seguridad de la información de su estudiante.

AUTORIZACIÓN – Al marcar las cajas a continuación, certifico que:

- He firmado esta autorización de forma libre y voluntaria, y estoy legalmente autorizado para tomar decisiones por el estudiante mencionado anteriormente o mí mismo.
- Doy mi consentimiento legal para que a mi estudiante o a mí mismo se le haga la prueba de infección del COVID-19.
- Doy mi consentimiento legal para que a mi estudiante o a mí mismo se le haga la prueba de infección del COVID-19. Entiendo que esta prueba puede llevarse a cabo en múltiples oportunidades hasta el 30 de septiembre de 2021 y que la prueba puede ocurrir en fechas pautadas por el Distrito Escolar Christina.
- Entiendo que esta autorización es válida hasta el 30 de septiembre de 2021 a menos que notifique por escrito a la persona designada para cancelar mi autorización.
- Entiendo que, si soy un estudiante mayor de 18 años o por otros mecanismos puedo autorizar mis propias decisiones de salud, las referencias a “mi estudiante” refieren a mí mismo y que puedo firmar este formulario en mi propio beneficio.

Firma de los padres/tutores/persona adulta (estudiantes menores de 18 años Padres deben firmar): _____

Al remitir este formulario, entiendo que doy mi consentimiento para mi estudiante o para mí mismo si ya tengo más de 18 años de edad, para la selección de el kit de diagnóstico gratuito del virus COVID-19 y entiendo y estoy de acuerdo con la notificación sobre la distribución de información.