

CONSENTIMIENTO EN RELACIÓN CON PRUEBAS DE QUIDEL

El distrito escolar de su hijo se ha asociado con organizaciones estatales y locales, entre las que se pueden incluir el Departamento de Salud y el Departamento de Educación de su Estado, con el objetivo de realizar pruebas a los estudiantes para detectar posibles infecciones por COVID-19. Para respaldar este esfuerzo, Quidel Services, LLC y sus afiliados (a los que se hará referencia como «Quidel», «nosotros», «nos» o «nuestro») quieren solicitar su consentimiento para realizar test a su hijo a fin de detectar posibles infecciones por COVID-19, así como para poner a su disposición y a la de las organizaciones anteriormente mencionadas los resultados de dichos test, en virtud de la legislación aplicable (los «servicios»). Estos servicios no suponen ningún coste para usted ni para su seguro.

▼ **Más Información** Haga clic para leer Consentimiento en relación con los productos y pruebas de Quidel

- Estamos organizando las pruebas según lo programado por la escuela o el distrito escolar de su hijo para realizar test a algunos estudiantes. Si da su consentimiento, su hijo podrá ser seleccionado para las pruebas en una o varias ocasiones y recibirá un test gratuito para detectar infecciones por COVID-19.
- La recogida de una muestra para la prueba implica la inserción de un hisopo pequeño, similar a un bastoncillo, en la parte anterior de la nariz. Aunque los riesgos y molestias asociados al uso de un hisopo nasal son muy bajos, su hijo puede correr el riesgo de sufrir dolor, hematomas y malestar. Nuestros servicios pueden revelar información confidencial acerca de la salud de su hijo. Al utilizar nuestros servicios, puede llegar a obtener una información acerca de las condiciones de salud o los riesgos que corre su hijo de la que no tenía constancia previa. Usted o su hijo pueden experimentar estrés, ansiedad o malestar emocional o físico al conocer esas posibles condiciones o problemas de salud.
- Si los resultados de la prueba de su hijo son positivos, se le podrá trasladar a una ubicación/aula lejos de otros estudiantes hasta que puedan recogerlo en la escuela, y puede que esta se ponga en contacto con usted para proporcionarle test adicionales. Si los resultados de la prueba de su hijo son positivos, deberá mantener a su hijo en casa y ponerse en contacto con su médico de inmediato, para revisar los resultados de la prueba y discutir sobre lo que deberá hacer a continuación.
- Si los resultados de la prueba de su hijo son negativos, eso significa que el virus no se ha detectado en su muestra. Quidel implementa diferentes salvaguardias para evitar errores técnicos, pero como ocurre con cualquier prueba, existe la posibilidad de un resultado de falso positivo o falso negativo. En ocasiones, las pruebas producen resultados negativos incorrectos (denominados «falsos negativos») en personas que han contraído la infección por COVID-19. Un resultado de falso positivo significa que se ha detectado COVID-19 cuando de hecho no está presente. Otras fuentes de error incluyen la mezcla de muestras, la mala calidad o contaminación de las mismas y los errores técnicos. Quidel no garantiza la exactitud, integridad, puntualidad o utilidad de las opiniones, contenidos, servicios u otras formas de información proporcionados a través de sus propios servicios. Si la prueba de su hijo es negativa pero tiene síntomas de COVID-19 o si le preocupa la exposición de su hijo a la COVID-19, deberá llamar a su médico. Si necesita ayuda para encontrar un médico, llame a la enfermera de su escuela.
- Los servicios tienen únicamente fines informativos y no pretenden sustituir el asesoramiento, la ayuda, el diagnóstico o el tratamiento médico profesional. Busque siempre el consejo de su médico o de otro profesional de la salud cualificado ante cualquier pregunta que tenga con respecto a su atención médica, y no ignore nunca un consejo médico profesional ni tarde en buscarlo debido a cualquier información que haya podido leer en nuestro sitio web o a través de nuestros servicios. Ningún aspecto incluido en los servicios tiene la intención de constituir un diagnóstico o tratamiento médico. La confianza que deposite en cualquier información que aparezca en los servicios será bajo su propio riesgo. Usted comprende y acepta que los resultados de las pruebas de su hijo no están destinados a su uso con fines de diagnóstico y no sustituyen el consejo médico profesional. Usted comprende que los resultados de las pruebas de su hijo no le indicarán si su hijo ha tenido el virus o la enfermedad en el pasado ni si tendrá inmunidad en el futuro.
- **NO PROPORCIONAMOS NINGÚN TIPO DE CONSEJO O SERVICIO MÉDICO, INCLUIDOS SERVICIOS PARA EMERGENCIAS MÉDICAS O SITUACIONES URGENTES. SI SU HIJO SUFRE UNA EMERGENCIA MÉDICA, LLAME INMEDIATAMENTE AL MÉDICO DE SU HIJO O AL 911. DEBERÁ PONERSE EN CONTACTO CON EL PROFESIONAL DE ATENCIÓN MÉDICA DE SU HIJO SI LOS SÍNTOMAS DE ESTE EMPEORAN O SI EXPERIMENTA CUALQUIER SÍNTOMA NUEVO.**
- La legislación permite que cierta información sobre su hijo se comparta con y entre ciertas organizaciones, entre las que podrían incluirse su escuela, el distrito escolar y los Departamentos de Salud y Educación estatales. Esta información se compartirá únicamente con fines de salud pública, por lo que podría incluir la notificación a los contactos cercanos de su hijo si han estado expuestos a la COVID-19, así como tomar otras medidas para prevenir una mayor propagación de la COVID-19 en la comunidad educativa. La información sobre su hijo que se puede compartir con estas agencias y con los proveedores de servicios que llevan a cabo las pruebas de COVID-19 puede incluir, entre otros datos, el nombre de su hijo y los resultados de la prueba de COVID-19, fecha de nacimiento/edad, sexo, raza/etnia, nombre de la escuela, profesores, aula/grupo/módulo, historial de matriculación y asistencia y participación en programas o actividades extraescolares, nombres de otros miembros de la familia o tutores, dirección, teléfono, número de teléfono móvil y dirección de correo electrónico. El intercambio de información relativa a su hijo solo se hará de acuerdo con las leyes y políticas aplicables, las cuales protegen la privacidad del estudiante y la seguridad de los datos de su hijo.
- Usted comprende que al proporcionar o acceder a los resultados de las pruebas de su hijo, o al proporcionarnos cierta información, no adquiere ningún derecho sobre las investigaciones o productos comerciales que pudieran desarrollar Quidel o sus socios colaboradores. Concretamente, usted comprende que no recibirá compensación alguna por ningún producto comercial o de investigación que incluya o resulte de su información. Es posible que la información sobre usted y su hijo se almacene en un repositorio y se utilice con fines de validación, educativos o de investigación.
- El uso por su parte de los servicios de Quidel es totalmente voluntario. Puede optar por retirar este consentimiento o dejar de utilizar los servicios de Quidel en cualquier momento. Para ello, se debe enviar una solicitud por correo electrónico a privacy&security@quidel.com o por escrito a la atención del Departamento Legal, 9975 Summers Ridge Rd, San Diego, CA 92121. Por favor, tenga en cuenta que, si bien cualquier cambio que realice se reflejará en nuestras bases de datos en un periodo de tiempo razonable, podremos retener su información, dentro de las operaciones normales de la empresa, de cara al cumplimiento de nuestras obligaciones legales o cuando creamos razonablemente que tenemos un motivo legítimo para ello.

ESTE DOCUMENTO ES UN ACUERDO LEGAL. USTED ACEPTA, ESTÁ DE ACUERDO, CONFIRMA Y CERTIFICA LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

USTED DECLARA Y GARANTIZA QUE TIENE EL DERECHO, LA AUTORIDAD Y LA CAPACIDAD PARA ACEPTAR Y ESTAR DE ACUERDO CON ESTAS CONDICIONES Y ACEPTA ESTAR OBLIGADO POR ESTE CONSENTIMIENTO LIBRE DE TODA INFLUENCIA Y COACCIÓN IMPROPIA. USTED DECLARA QUE TIENE EDAD LEGAL SUFICIENTE EN SU JURISDICCIÓN DE SU RESIDENCIA PARA UTILIZAR LOS SERVICIOS CORRESPONDIENTES Y SUSCRIBIR EL PRESENTE ACUERDO. SI NO ESTÁ DE ACUERDO, NO PODRÁ UTILIZAR NI RECIBIR LOS SERVICIOS.

Usted acepta, está de acuerdo, confirma y certifica lo siguiente:

- Acepto las condiciones de este formulario libre y voluntariamente, y estoy legalmente autorizado para tomar decisiones que afectan al menor mencionado anteriormente. Doy mi consentimiento para que mi hijo se haga la prueba para detectar una posible infección por COVID-19. Entiendo que a mi hijo se le pueden hacer test en varias ocasiones a lo largo del curso escolar y también en función de lo que determine su escuela o el distrito escolar. Entiendo que los resultados de las pruebas de mi hijo pueden compartirse con otras organizaciones de acuerdo con la legislación pertinente. Entiendo que este consentimiento será válido tanto en cuanto no lo revoque. Entiendo que si revoco mi consentimiento o me niego a aceptar los presentes términos, es posible que se requiera que mi hijo continúe su educación por medio de la enseñanza a distancia. Entiendo que si soy un estudiante mayor de 18 años o que si puedo dar mi consentimiento legal para mis propios cuidados médicos, las referencias a «mi hijo» se refieren a mí mismo y que puedo aceptar las condiciones de este formulario en mi propio nombre.
- Yo, mi hijo y los cesionarios, herederos, padres, tutores y representantes legales de mi hijo, por la presente, liberamos voluntariamente, exoneramos a perpetuidad y eximimos de toda responsabilidad a Quidel Corporation, Quidel Services, LLC y a sus respectivos predecesores, sucesores, afiliados, subsidiarios, responsables, fideicomisarios, empleados, abogados, agentes, contratistas, representantes o grupos afiliados a ellos (los «exonerados») de toda responsabilidad, reclamación o causa de acción judicial de cualquier naturaleza, que surjan o estén relacionadas con los servicios por cualquier razón y en la máxima medida permitida por la ley, incluidas, entre otras, las que surjan o sean el resultado de los actos u omisiones, ya sean negligentes o intencionales, de los exonerados.
- Yo y mi hijo acordamos igualmente indemnizar, defender y eximir de toda responsabilidad a los exonerados ante todas y cada una de las reclamaciones o acciones de terceros y de las responsabilidades, pérdidas, daños, multas, sentencias, acuerdos y gastos relacionados (incluidos, entre otros, los honorarios legales y los gastos del asesoramiento jurídico seleccionado por Quidel) que surjan o resulten de mi conducta intencional (o del estudiante o sujeto) o de una posible negligencia con respecto al incumplimiento de los términos de este consentimiento.
- Además, entiendo que este comunicado tiene la intención de ser tan amplio e inclusivo como lo permite la ley, y que si alguna parte se considera que no es válida, estoy de acuerdo con que, no obstante, las restantes condiciones se mantendrán en pleno vigor y efecto.
- RECONOZCO QUE TENGO DERECHO A CONSULTAR CON CUALQUIER PERSONA DE MI ELECCIÓN (ENTRE OTROS, ABOGADOS Y MIS PROFESIONALES MÉDICOS Y LOS DEL SUJETO) CON RESPECTO A LOS TÉRMINOS DE LA MENCIONADA LIBERACIÓN, ASÍ COMO EN RELACIÓN CON OTRAS DISPOSICIONES DE ESTE DOCUMENTO, ANTES DE ACEPTAR LOS TÉRMINOS DEL PRESENTE CONSENTIMIENTO.

Nota: el consentimiento electrónico se recopilará a través de la plataforma Primary.Health. Si se necesita un consentimiento escrito o verbal, el consentimiento electrónico se puede exportar a un formato imprimible con las líneas de firma y la información adecuadas.

Nombre del participante: _____ Fecha: _____

Firma del participante: _____

Y/O

Nombre del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

Firma del padre/madre/tutor: _____