



## Formulario de consentimiento para una prueba de la COVID-19 en el estudiante

La prueba para la COVID-19 es uno de los niveles de mitigación que maximizará la seguridad de nuestros estudiantes y personal durante el año escolar 2020-2021. Debido a que la prueba debe ser realizada, independientemente de la disponibilidad de un padre/madre o un tutor legal en el momento de la administración de la prueba, se requiere el consentimiento para la prueba para todos los estudiantes. Se proporcionará la prueba para los estudiantes sin costo alguno para los estudiantes o su familia.

### Explicación de la prueba

El método de prueba es un rápido hisopado nasal de ambas fosas nasales: Se la conoce como rápida e indolora. (**NO** se trata de los hisopados profundos en los senos nasales que algunas personas consideran molestos). El método de prueba comprende la inserción de un hisopo pequeño, como un Q-tip, en el frente de la nariz en ambas fosas nasales. Se tendrán los resultados en 15 minutos. A esta prueba la administra una Enfermera certificada o los socios de análisis profesionales médicos del Distrito. El tipo de prueba que se utiliza incluye, entre otras, la Prueba de antígenos rápidos para la COVID-19 BinaxNOW de Abbott. De ser necesario, pueden identificarse pruebas moleculares (PCR).

Se informará al padre/la madre/el tutor legal que aparece en este consentimiento el día en que se le hizo la prueba al estudiante. Se comunicarán todos los resultados al padre/la madre/el tutor legal del estudiante.

### Guía del análisis

- **Análisis sintomático:** Como recordatorio, como padre/madre/tutor legal tendrá que evaluar a su hijo/a para detectar síntomas de la COVID-19 cada mañana antes de salir para la escuela y mantendrá a su hijo/a en casa si no pasa el examen de detección médico previo a la entrada por la mañana. Si su hijo/a pasa el examen de detección médico previo a la entrada por la mañana que usted realizará en su casa y llega a la escuela sano, pero desarrolla síntomas de enfermedad asociados con la infección de la COVID-19 durante el día escolar, se le realizará la prueba a su hijo/a.

*Los síntomas incluyen:* Fiebre de 100.4 °F o superior, dolores corporales o del cuerpo, dolor de cabeza, dolor de garganta, congestión o secreción nasal, náuseas o vómitos, diarrea, tos nueva o persistente, nueva pérdida de los sentidos del gusto o del olfato, falta de aire o dificultad para respirar.

- **Prueba para jugar/actuar (OBLIGATORIA):** de acuerdo con las recomendaciones del Departamento de Salud Pública de Filadelfia (PDPH), los estudiantes que participen en actividades atléticas y/o artes escénicas deberán realizarse la prueba 2 veces por semana y/o antes de una competencia o actuación. La prueba atlética incluirá deportes de alto contacto solamente (fútbol, volleyball, basketball, lucha, pista en interiores, lacrosse masculino). La prueba para artes escénicas incluirá la banda (instrumentos de viento y bronce) y coro. Otros deportes y artes escénicas pueden considerarse, dependiendo de las recomendaciones actualizadas. Los estudiantes que estén vacunados pueden optar por no someterse a la prueba semanal con la presentación de evidencia de haber recibido el esquema de vacunación completo contra la COVID-19. Los directores de atletismo monitorearán el estado de vacunación y pruebas. Quienes no consientan a la realización de las pruebas asintomáticas 2 veces a la semana no podrán participar en deportes o en artes escénicas,
- **Prueba para permanecer (OPCIONAL):** Cuando la transmisión comunitaria sea baja y lo sugieran las recomendaciones locales, el distrito implementará una prueba para el modelo de permanencia después de identificarse un caso positivo. Este modelo permite que se identifique a los estudiantes como contactos estrechos en la cohorte a ser examinada en 3 días no consecutivos a lo largo de 7 días después de la exposición (día 2, 4 y 6). Esas personas en la cohorte que se mantengan negativas podrán permanecer en la escuela y no deberán realizar cuarentena. Los padres pueden decidir no someterse al modelo de “prueba para permanecer” y dejar que su hijo/a complete la cuarentena completa de 10 días en casa. A los estudiantes en cuarentena se les proporcionará apoyo educativo.



Contacte a la enfermera de su escuela si tiene alguna pregunta.

**A COMPLETAR POR PARTE DEL PADRE/LA MADRE/EL TUTOR LEGAL**

**Información del padre/la madre/el tutor legal**

Se le notificarán los resultados de la prueba dentro de la hora por teléfono celular o correo electrónico o ambos. Asegúrese de que su información de contacto esté al día.

<b>Nombre del padre/la madre/el tutor legal:</b>	
<b>Número de celular del padre/la madre/el tutor legal:</b> Nota: los resultados se enviarán a este teléfono celular	
<b>Dirección de correo electrónico del padre/la madre/el tutor legal:</b> Nota: los resultados se enviarán a esta dirección	
<b>Información del (de la) niño/a</b>	
<b>Nombre del (de la) niño/a /estudiante:</b>	
<b>ID de (de la) estudiante:</b>	
<b>Escuela:</b>	
<b>Grado:</b>	
<b>Fecha de nacimiento del (de la) niño/a (MM/DD/AAAA):</b>	

**Seleccione el modelo de prueba para el que otorga su consentimiento:**

- **Prueba sintomática** - proporcionada en el lugar en la escuela por la Enfermera de la Escuela o el proveedor de la prueba.
- **Prueba para jugar/actuar** - OBLIGATORIA para la participación en atletismo y las artes escénicas.
- **Prueba para permanecer** - en momentos de baja transmisión comunitaria, este modelo reduce la necesidad de la cuarentena.

Al firmar a continuación, consiento a lo siguiente y entiendo que mi hijo/a debe seguir los protocolos del Distrito Escolar de Salud y Seguridad de Filadelfia; consiento a que mi hijo/a sea evaluado/a a través de los modelos de prueba marcados arriba, consiento a que se compartan conmigo los resultados de la prueba llamando al número de teléfono o por mensaje de correo electrónico proporcionados arriba y también acepto lo siguiente:

- Firmo este formulario libremente y en forma voluntaria y soy el padre/la madre o el tutor legal y estoy autorizado/a a tomar decisiones por el (la) niño/a nombrado/a arriba.
- Entiendo que los resultados de prueba de mi estudiante e información relacionada se enviarán en forma segura al Departamento de Salud Pública de Filadelfia, el Departamento de Salud de Pennsylvania y los Centros para el Control de Enfermedades de acuerdo con la información de enfermedades transmisibles.
- Entiendo que los resultados de prueba de mi estudiante se compartirán con el director de atletismo o entrenador, el instructor de artes escénicas u otro funcionario escolar del estudiante, necesario para monitorear el cumplimiento de los requisitos de la prueba.



# THE SCHOOL DISTRICT OF PHILADELPHIA

- Entiendo que el Distrito Escolar de Filadelfia, la enfermera de la escuela y/o el socio de análisis no están actuando como el médico de mi hijo/a y que este análisis no reemplaza el tratamiento por parte del médico de mi hijo/a y asumo total y completa responsabilidad por el seguimiento con un médico para determinar la medida adecuada con respecto a los resultados de la prueba de mi hijo/a.

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma del padre/la madre/el tutor legal:** \_\_\_\_\_