

Formulario de consentimiento para la prueba rápida de antígenos de COVID-19

Nombre:
Fecha de nacimiento:
Escuela:
Nombre(s) del padre/tutor, si corresponde, en letra de imprenta:
Domicilio:
Número de 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 de la persona mencionada anteriormente se realizará a través de Abbott Laboratories a través de la prueba de antígeno BinaxNOW proporcionada por el distrito escolar de GFW y reconozco que la prueba y se me pondrá a mi disposición una hoja informativa de BinaxNOW.
2. Entiendo que la entidad que realiza la prueba no actúa como proveedor médico de la persona mencionada anteriormente. Las pruebas no reemplazan el tratamiento por parte de un profesional médico. Asumo total y completamente la responsabilidad 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 la persona mencionada anteriormente desarrolla síntomas de COVID-19, o si la condición de la persona mencionada anteriormente empeora.
3. Entiendo que, como con cualquier prueba médica, existe la posibilidad de un resultado falso positivo o falso negativo de la prueba COVID-19.
4. Entiendo que es mi responsabilidad informar al proveedor de atención médica de la persona mencionada anteriormente sobre un resultado positivo de la prueba y que no se enviará una copia al proveedor de atención médica de la persona mencionada anteriormente en mi nombre.
5. Entiendo que el resultado de la prueba de antígeno estará disponible dentro de 15 a 30 minutos.
6. Entiendo y reconozco que un resultado positivo de la prueba de antígeno es una indicación de que la persona mencionada anteriormente debe autoaislarse para evitar infectar a otros.
7. He sido informado del propósito de la prueba, los procedimientos y los riesgos y beneficios potenciales. Haré que la persona mencionada anteriormente continúe con una prueba de diagnóstico de COVID-19, puedo rechazar la prueba de antígeno.
8. Entiendo que los resultados de la prueba, ya sean positivos o negativos, se divulgarán a las autoridades de salud pública correspondientes (Departamento de Salud de Minnesota a través de Casetivity)
9. Entiendo que es mi responsabilidad informar a mi empleador o escuela sobre cualquier resultado positivo de la prueba.
10. Entiendo que puedo retirar mi consentimiento para la prueba en cualquier momento antes de que se realice.
11. Entiendo que esto es consentimiento para esta prueba continua de COVID-19 en GFW durante el año escolar 2021-2022.

*** Consulte la página siguiente para las líneas de firma ***

Autorización/Consentimiento para realizar la prueba de COVID-19

_____ (iniciales) Doy mi consentimiento para autorizar a la persona mencionada anteriormente a someterse a la prueba de COVID-19.

Firma del padre/tutor

Fecha

_____ (iniciales) Doy mi consentimiento para someterme a la prueba de COVID-19

Firma de la persona nombrada anteriormente que se someterá a la prueba (si corresponde)

Fecha