

PARA ESTUDIANTES ÚNICAMENTE

Formulario de consentimiento para la prueba de antígenos BinaxNow Covid-19 y renuncia y exención de reclamaciones

Estimados padres/tutores:

Mientras su hijo esté en la escuela, es posible que reúna los requisitos para realizarse una prueba de antígenos BinaxNOW con hisopado nasal si presenta síntomas de COVID-19. Los síntomas pueden incluir tos, fiebre, falta de aire o dificultad para respirar, fatiga, dolores musculares o corporales, dolor de cabeza, pérdida reciente del gusto o del olfato, dolor de garganta, congestión o goteo nasal, náuseas, vómitos o diarrea. Si su hijo presenta síntomas de COVID-19 y usted desea que se realice la prueba de antígenos BinaxNOW, complete la siguiente información:

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____

Nombre(s) del padre/madre/tutor: _____

Escuela: _____

Teléfono particular: _____

Teléfono celular: _____

(Coloque sus iniciales en cada línea por separado. Para que el consentimiento sea válido, todas las líneas deben tener sus iniciales):

- a. _____ Autorizo al personal de enfermería u otro personal administrativo capacitado dentro del FUSD a administrarle a mi hijo la prueba de antígenos BinaxNOW COVID-19.
- b. _____ Comprendo que todos los resultados de las pruebas se divulgarán a los funcionarios de salud del condado y del estado y a los funcionarios escolares designados.
- c. _____ Entiendo que existe la posibilidad de un resultado falso positivo o falso negativo en la prueba de COVID-19.
- d. _____ Si mi hijo tiene síntomas, se me ha informado que una prueba con resultado negativo no necesariamente descartará una infección o COVID-19, y es posible que mi hijo deba permanecer en casa hasta que pueda regresar de manera segura al campus escolar.

Renuncia de responsabilidad y exención de reclamaciones:

Al otorgar mi consentimiento para que el Distrito le administre la prueba de antígenos BinaxNow a mi hijo, y en la mayor medida que lo permita la ley, por el presente, acepto renunciar, eximir y exonerar de todas y cada una de las reclamaciones, causas de acción, daños y perjuicios, y derechos de cualquier tipo contra el Distrito,

sus aseguradoras, la Junta Administrativa del Distrito, y todos sus respectivos empleados, agentes, representantes y voluntarios (las "Partes exoneradas") que surjan o se relacionen de alguna manera con cualquier daño, lesión, trauma, enfermedad, pérdida, discapacidad o la muerte que pueda ocurrirle a mi hijo, a mí o los miembros de mi familia, como resultado de la administración de la prueba o un resultado falso negativo/falso positivo de la prueba de antígenos BinaxNOW COVID-19 administrada a mi hijo por parte del Distrito.

Asimismo, acepto no demandar, defender y compensar a las Partes exoneradas por todos las reclamaciones, daños, pérdidas o gastos, incluidos los honorarios de abogados, si se presenta una demanda con respecto a una lesión, enfermedad o muerte que pueda ocurrirle a mi hijo, a mí o a los miembros de mi hogar como resultado de la administración de la prueba o de un resultado falso negativo/falso positivo de la prueba de antígenos BinaxNOW COVID-19 administrada a mi hijo.

MEDIANTE MI FIRMA A CONTINUACIÓN, ACEPTO QUE EL PERSONAL DEL DISTRITO LE ADMINISTRE A MI HIJO LA PRUEBA DE ANTÍGENOS BINAXNOW COVID-19

Nombre del padre/madre/tutor (en letra de imprenta): _____

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

Revise la hoja de datos de BinaxNOW aquí: <https://www.fda.gov/media/141569/download>

Este Formulario de consentimiento debe completarse y archivar en la oficina de salud para que su hijo se realice la prueba de antígenos mientras esté en la escuela. Este Formulario de consentimiento solo es válido durante el año escolar 2020-2021.

|