

15 de febrero de 2022

Estimados padres/tutores,

Con el fin de limitar la propagación de COVID-19 dentro de nuestra comunidad escolar y mantener nuestras escuelas abiertas para el aprendizaje en persona, la familia de escuelas de Gramon ofrecerá un programa gratuito de prueba de COVID-19 para poder permanecer en la escuela, esto como una opción para las familias que deseen participar en lugar de hacerse la prueba en su propio médico. Con este programa, nuestras enfermeras escolares podrán completar el rastreo de contactos mientras realizan pruebas y monitoreo gratuitos dentro de la escuela que estén relacionados con contactos cercanos con el consentimiento de los padres/tutores. Además de los contactos cercanos, los estudiantes que muestren síntomas de enfermedad (aparte de la lista de exclusión de la escuela) serán evaluados en la escuela para descartar COVID-19, lo que evitará la cuarentena en el hogar mientras espera los resultados de la prueba de su médico.

El criterio para participar en este programa incluye los siguientes puntos:

- Un contacto cercano confirmado (6 pies o menos durante más de 15 minutos) de alguien que dió positivo al COVID-19 en el entorno escolar o un estudiante que comienza a desarrollar síntomas similares a los de COVID-19 durante el día escolar
- Ser capaz de monitorear los síntomas durante 10 días después de la última exposición al COVID-19
- Ser capaz de usar una mascarilla bien ajustada sobre la nariz y la boca mientras está cerca de otras personas en la escuela (excepto para comer/beber a 6 pies de distancia de los demás).

Una vez que cumpla con los criterios y sea un contacto cercano confirmado en el entorno escolar, con el consentimiento, la enfermera de la escuela verá al estudiante al llegar a la escuela para la detección de síntomas. Si el estudiante desarrolla síntomas, se notificará a los padres. Se realizará una prueba de hisopo nasal en la fosa nasal inferior con una prueba rápida al confirmarse un contacto cercano (día 1) y luego nuevamente el día 3 y el día 5. Si el resultado de la prueba es negativo, el estudiante permanece en la escuela, si el resultado de la prueba es positivo que el estudiante permanecerá en el área de aislamiento y se llamará a los padres para que recojan a su hijo. Además, si la prueba es negativa, se requerirá que el estudiante use una máscara bien ajustada en la escuela hasta el día 10 cuando se complete el período de evaluación de síntomas.

Si un estudiante muestra síntomas de COVID-19 en el entorno escolar, los padres tendrán la opción de que su hijo sea evaluado en la escuela de la misma manera, pero en este caso, es una prueba única para descartar COVID-19. Si la prueba es negativa, la enfermera evaluará al estudiante y notificará a los padres para analizar los resultados. Si la prueba es positiva, el estudiante permanecerá en el área de aislamiento y se llamará a los padres para que lo recojan.

Estamos extremadamente agradecidos con nuestras familias comprometidas que continúan mostrando una gran flexibilidad y fortaleza mientras trabajamos juntos para minimizar la propagación del virus.

Firme y devuelva el formulario de consentimiento adjunto si desea participar en nuestro programa de pruebas de Covid-19 y no dude en comunicarse con la enfermera de su escuela si tiene más preguntas.

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA EL PROGRAMA DE PRUEBAS DE COVID19****Información de los padres/tutores**

<b>Padre/Tutor Nombre:</b>	
<b>No. de Celular del padre/tutor:</b> <i>Nota: los resultados se enviarán por texto a este número</i>	
<b>Padre/tutor Correo electrónico:</b>	

**Información del estudiante**

<b>Nombre del estudiante:</b>			
<b>Aula/grado:</b>			
<b>Fecha de nacimiento:</b> <i>(Mes/Día/Año)</i>			
<b>Dirección:</b>	<b>Ciudad:</b>	<b>Código postal:</b>	

<b>Consentimiento de Optar a no participar:</b>	<input type="checkbox"/> <b>Sí</b> , doy mi consentimiento para que el estudiante participe en las pruebas de COVID-19 (lea y firme el formulario a continuación) <input type="checkbox"/> <b>No</b> , no doy mi consentimiento para que el estudiante participe en las pruebas de Covid-19 (No necesita hacer nada más).
---	--

**CONSENT**

Al completar y enviar este formulario, confirmo que soy el padre, tutor o persona legalmente autorizada para dar consentimiento y:

- A. Autorizo la recolección y prueba de una muestra de mi estudiante para COVID-19 en la escuela, para una prueba individual (por ejemplo, antígeno individual o prueba PCR). Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para cualquiera de las siguientes situaciones de prueba para mi hijo(a).
  - i. Pruebas individuales en personas sintomáticas: cuando las personas muestran síntomas mientras están en el entorno escolar.
  - ii. Pruebas individuales en contactos cercanos (prueba y permanencia) contactos cercanos (Prueba y permanencia): para que los contactos cercanos asintomáticos se hagan la prueba cada dos días durante al menos cinco (5) días a partir del primer día de exposición, y se permite que las personas con resultados negativos permanezcan en la escuela.
- B. Entiendo que todos los tipos de muestras serán muestras de saliva o hisopos nasales cortos no invasivos.
- C. Entiendo que se me notificará sobre los resultados POSITIVOS o NEGATIVOS de cualquier prueba individual para COVID-19 realizada a mi hijo(a).
- D. Entiendo que existe la posibilidad de un resultado falso positivo o falso negativo de la prueba de COVID-19, sin importar el tipo de prueba que se realice. Dado el potencial de un falso negativo, entiendo que mi estudiante debe continuar siguiendo todas las pautas de seguridad de COVID-19 y seguir los protocolos escolares para aislar y realizar pruebas en caso de que el estudiante desarrolle síntomas de COVID-19.
- E. Entiendo que el personal que administra las pruebas de COVID-19 son profesionales médicos. Acepto que el personal que administra la prueba no se hace responsable de ningún accidente o lesión que pueda ocurrir por la participación en el Programa de prueba NJ COVID-19.

F. Entiendo que mi estudiante debe quedarse en casa si no se siente bien. Reconozco que un resultado POSITIVO de una prueba individual es una indicación de que mi estudiante debe quedarse en casa y no ir a la escuela, auto aislarse y continuar usando una máscara o una cubierta para la cara como se indica en un esfuerzo por evitar infectar a otros. Las fechas de aislamiento serán asignadas por las enfermeras escolares.

G. Entiendo que, independientemente de los resultados de la prueba, los estudiantes deben cumplir con todas las pautas de seguridad escolar de COVID-19, incluido el uso de máscaras y el distanciamiento social, y seguir los protocolos escolares en caso de que el estudiante desarrolle síntomas de COVID-19.

H. Entiendo que el sistema escolar no actúa como el proveedor médico de mi estudiante, esta prueba no reemplaza el tratamiento por parte del proveedor médico de mi estudiante y asumo la responsabilidad total y total de tomar las medidas apropiadas con respecto a los resultados de la prueba de mi estudiante. Acepto que buscaré asesoramiento médico, atención y tratamiento del proveedor médico de mi estudiante si tengo preguntas o inquietudes, o si su condición empeora. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier atención que mi estudiante reciba de su proveedor de atención médica.

I. Entiendo que la prueba de COVID-19 puede crear información de salud protegida (PHI) y otra información de identificación personal del estudiante, y dicha información solo se accederá, usará y divulgará de acuerdo con HIPAA y las leyes aplicables de Nueva Jersey.

J. Entiendo que la participación en las pruebas de COVID-19 puede requerir que la escuela divulgue la identidad, la demografía y la información de contacto de mi estudiante al informar los resultados.

K. Entiendo que autorizar estas pruebas de COVID-19 para mi estudiante es opcional y que puedo negarme a dar esta autorización, en cuyo caso, mi estudiante no será evaluado.

L. Entiendo que puedo cambiar de opinión y cancelar este permiso en cualquier momento, pero que dicha cancelación es solo prospectiva y no afectará la información publicada anteriormente. Para cancelar este permiso para la prueba de COVID-19, debo comunicarme con la enfermera de la escuela para informar por escrito.

Yo, el abajo firmante, he leído y comprendo la información contenida en este formulario de consentimiento sobre el propósito de la prueba, los procedimientos, los posibles beneficios y riesgos. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas antes de firmar y se me ha dicho que puedo hacer preguntas adicionales en cualquier momento. Acepto voluntariamente esta prueba de COVID-19 para mi estudiante. Este permiso entrará en vigencia a partir de la fecha de mi firma y en cualquier momento en que mi hijo esté inscrito en el programa "NJ Test to Stay" (programa de pruebas para permanecer), a menos que termine esta autorización por escrito. Entiendo que puedo cambiar de opinión y cancelar este permiso en cualquier momento, pero que dicha cancelación es solo prospectiva y no afectará la información que ya permití que se divulgue. Para cancelar este permiso para la prueba de COVID-19 en la escuela, comuníquese con la enfermera de la escuela.

**Firma del padre/tutor:**

**Fecha:**