

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA PRUEBAS DE COVID-19

¿De qué se trata este formulario?

En este formulario, solicitamos su autorización para hacerle la prueba de COVID-19 a su hijo. El Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York (NYCDOE), en colaboración con NYC Health + Hospitals y el Departamento de Salud y Salud Mental de la Ciudad de Nueva York (*Department of Health and Mental Hygiene*, DHMH), se ha asociado con laboratorios y otros proveedores para realizar pruebas de COVID-19 a los estudiantes, maestros y miembros del personal del NYCDOE.

¿Con qué frecuencia se le haría la prueba a mi hijo?

Nuestros socios de laboratorios y proveedores de pruebas visitarán periódicamente todas las escuelas para hacerles la prueba de COVID-19 a algunos estudiantes, maestros y miembros del personal. Si usted lo autoriza, su hijo podría ser seleccionado para la prueba en una o más de estas visitas. Además, se le podría realizar la prueba a su hijo: (1) conforme a los mandatos del Estado y de la Ciudad; (2) si muestra uno o más síntomas de COVID-19; (3) si está o ha estado en contacto cercano con un estudiante, maestro o miembro del personal escolar que haya dado positivo en una prueba de COVID-19; o (4) si participará en una actividad extracurricular que requiera la realización de la prueba.

¿En qué consiste la prueba?

Si usted lo autoriza, a su hijo se le hará una prueba de COVID-19 gratuita. Tomar una muestra para la prueba implica insertar un pequeño hisopo, similar a un *Q-tip*, en la parte delantera de la nariz o recolectar saliva.

¿Cómo sabré si el resultado de mi hijo es positivo?

Si se le hace una prueba a su hijo, se lo informaremos por medio de una comunicación que enviaremos a casa con el estudiante. Los resultados de la prueba de COVID-19 se informarán generalmente en un plazo de 48 a 72 horas.

¿Qué debo hacer cuando reciba los resultados de la prueba de mi hijo?

Si su hijo da positivo en la prueba, comuníquese con el médico inmediatamente para revisar los resultados y hablar sobre las medidas que debe tomar. Debe mantener a su hijo en casa e informar a la escuela. Si su hijo da negativo en la prueba, significa que no se detectó el virus en la muestra. Las pruebas **a veces** producen resultados negativos incorrectos (conocidos como “falsos negativos”) en personas que tienen COVID-19. Si su hijo da negativo, pero tiene síntomas de COVID-19, o si le preocupa su posible exposición al virus, debe llamar al médico. Si necesita ayuda para buscar un médico, llame al (844) NYC-4NYC.

EL PADRE, TUTOR O ADULTO PARTICIPANTE DEBE LLENAR ESTA SECCIÓN

INFORMACIÓN DEL PADRE O TUTOR

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

Dirección del padre o tutor: _____

Teléfono o celular del padre o tutor: _____

Correo electrónico del padre o tutor: _____

Mejor forma de contactarlo: _____

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre del estudiante (en letra de imprenta): _____

N.º de identificación estudiantil/N.º OSIS (si lo sabe): _____

Fecha de nacimiento del estudiante: _____

Dirección residencial del estudiante: _____

NOTIFICACIÓN SOBRE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

La ley permite que cierta información sobre su hijo se comparta con y entre ciertas agencias de la Ciudad y el Estado de Nueva York y sus proveedores de servicios contratados, entre ellos los que se enumeran más abajo. Esta información se divulgará solo con fines de salud pública, lo que puede incluir notificar a los contactos cercanos de su hijo si han estado expuestos a COVID-19 y tomar otras medidas para evitar una mayor propagación del virus en su comunidad. La información sobre su hijo que puede ser divulgada a estas agencias y proveedores de servicios que realizan las pruebas de COVID-19 incluye su nombre y sus resultados de las pruebas de COVID-19, su fecha de nacimiento/edad, sexo, raza/etnia, nombre de su escuela, su(s) maestro(s), su salón de clases/cohorte/grupo, su historial de asistencia e inscripción, y su participación en programas para después de clases u otros, nombres de otros miembros de la familia o tutores, dirección, teléfono, celular y correo electrónico. **Solo** se divulgará información sobre su hijo de acuerdo con la ley vigente y las políticas de la Ciudad que protegen la privacidad y la seguridad de sus datos.

1. Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York
2. Departamento de Salud y Salud Mental de la Ciudad de Nueva York
3. Departamento de Salud del Estado de Nueva York
4. Departamento de Desarrollo Comunitario y de la Juventud de la Ciudad de Nueva York
5. NYC Health + Hospitals
6. Proveedores de servicios contratados para las pruebas de COVID-19

AUTORIZACIÓN

Al firmar este formulario, certifico que:

- He firmado este formulario de manera libre y voluntaria, y estoy legalmente autorizado a tomar decisiones en nombre del estudiante antes mencionado.
- Doy mi autorización para que a mi hijo se le haga la prueba de COVID-19.
- Entiendo que a mi hijo se le podrían hacer varias pruebas hasta el 30 de septiembre de 2022 y que las pruebas pueden realizarse bajo las siguientes condiciones: (1) en los días que programe el NYC DOE, de conformidad con las pautas del programa o con lo exigido por el Estado y la Ciudad; (2) si mi hijo presenta uno o más síntomas de COVID-19; (3) si está o ha estado en contacto cercano con un estudiante, maestro o miembro del personal escolar que haya dado positivo en una prueba de COVID-19; o (4) si participará en una actividad extracurricular que requiera la realización de la prueba (por ejemplo, deportes).
- Entiendo que este formulario de autorización será válido hasta el 30 de septiembre de 2022, a menos que envíe una notificación **por escrito** a la persona de contacto designada por la escuela de mi hijo, indicando que retiro mi autorización.
- Entiendo que los resultados de las pruebas de mi hijo y otra información pueden ser divulgados según lo establecido por la ley.
- Entiendo que, si soy un estudiante mayor de 18 años o si puedo autorizar legalmente el cuidado de mi propia salud, las menciones a “mi hijo” se refieren a mí y puedo firmar este formulario en mi nombre.

Firma del padre o tutor: _____ Fecha: _____

(si el estudiante es menor de 18 años)

Firma del estudiante: _____ Fecha: _____

(si es mayor de 18 años o está facultado para dar su autorización)