

BSD COVID-19 Consentimiento para realizar la prueba - Antígeno rápido y PCR

Nombre del Estudiante	
Fecha de Nacimiento	
Escuela	
Nombre del Padre/Guardian	
Dirección de Casa	
Numero de Telefono	
Correo Electronico	

En cooperación con el Departamento de Salud y para ayudar a limitar la propagación del COVID-19, la WIAA requiere que todos los atletas y entrenadores que participan en deportes de contacto moderado y alto (baloncesto, lucha libre, porristas bajo techo) se sometan dos veces a la semana a la prueba de COVID-19 para la duración de la temporada.

Lea atentamente el siguiente aviso de consentimiento informado y firme la autorización para realizar la prueba de COVID-19 para el año escolar 21/22.

Las pruebas de COVID-19 son en las nasales no muy profundas, que son rápidas y sin dolor, y se autoadministrarán bajo la observación de un administrador de pruebas capacitado.

1. Entiendo que la prueba rápida de antígeno COVID-19 del estudiante mencionado anteriormente se llevará a cabo a través de una prueba de antígeno BinaxNOW de Abbott Laboratorio proporcionada por el Departamento de Salud del Estado de Washington y reconozco que la Hoja de datos de BinaxNOW para pacientes para la prueba se ha puesto a disposición de mi Hoja informativa de BinaxNOW para pacientes. [BinaxNOW Fact Sheet for Patients](#).
2. Entiendo que también se puede realizar una prueba PCR COVID-19 del estudiante mencionado anteriormente para determinar los resultados de una prueba rápida de antígeno positiva. Una empresa llamada Curative procesará y analizará los resultados de la prueba.
3. Entiendo que la capacidad del estudiante mencionado anteriormente para recibir pruebas se limita a la disponibilidad de materiales de prueba.
4. Entiendo que la entidad que realiza la prueba no actúa como el proveedor médico del estudiante mencionado anteriormente. Las pruebas no reemplazan el tratamiento de un proveedor médico. Asumo la responsabilidad completa y total de tomar las medidas adecuadas 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 el estudiante mencionado anteriormente desarrolla síntomas de COVID-19, o si la condición del estudiante mencionado anteriormente empeora.
5. Entiendo que, como con cualquier prueba médica, existe la posibilidad de un resultado falso positivo o falso negativo de la prueba COVID-19.
6. Entiendo que es mi responsabilidad informar al proveedor de atención médica del estudiante antes mencionado sobre el resultado positivo de una prueba, y que el paciente es responsable de comunicar a todos los contactos cercanos su estado positivo de COVID.
7. Entiendo que el resultado de la prueba de antígeno estará disponible en 15 minutos. Si el resultado es positivo, se confirmará con una prueba de PCR.
8. Entiendo y reconozco que un resultado positivo de una prueba de antígeno es una indicación de que el estudiante mencionado anteriormente necesita aislarse a sí mismo para evitar infectar a otros hasta que se reciban los resultados de la PCR.
9. Entiendo, por el Departamento de Salud del Estado de Washington, que un estudiante con síntomas de COVID-19 o COVID-19 no puede asistir a la escuela en el lugar.
10. Se me ha informado sobre el propósito, los procedimientos y los posibles riesgos y beneficios de la prueba. Tendré la oportunidad de hacer preguntas antes de proceder con una prueba de COVID-19. Entiendo que si no deseo que el estudiante mencionado anteriormente continúe con la prueba de diagnóstico COVID-19, puedo rechazar la prueba.
11. Entiendo que para garantizar la salud y la seguridad públicas y para controlar la propagación del COVID-19, los resultados de la prueba pueden compartirse sin mi autorización individual con el Departamento de Salud del Estado de Washington. COVID-19 es una enfermedad de notificación obligatoria y su prevalencia está siendo monitoreada de cerca a nivel comunitario y mundial.
12. Entiendo que los resultados de la prueba se divulgarán a las autoridades de salud pública correspondientes según lo requiera la ley.
13. Entiendo que puedo retirar mi consentimiento para la prueba en cualquier momento antes de que se realice.

AUTORIZACIÓN / CONSENTIMIENTO PARA PRUEBA DE COVID-19

Doy mi consentimiento para autorizar al estudiante mencionado anteriormente a someterse a la prueba COVID-19.

Firma del Padre / Tutor

Fecha