

STUDENT CONSENT FORM FOR OPTIONAL COVID-19 TESTING

IDEA Public Schools takes the health and safety of our students and their families very seriously. As such, in addition to steps to screen for the virus and prevent its spread on a campus, we are adding a voluntary K-12 COVID-19 testing program for students. This program uses Abbott Laboratories BinaxNOW tests provided by the federal government. We will only test with your consent. If you are willing to provide consent for us to administer this test on your child or yourself (if student age 18 or older), please fill out this form.

What is the test?

If your child is symptomatic or part of a group that is designated for testing, if you consent, your child will receive a free BinaxNOW rapid test for the COVID-19 virus. Collecting a specimen for testing involves using a swab, similar to a Q-Tip, placed inside the tip of the nose. A school staff member who has been trained to use this test will collect the specimen and a trained COVID-19 test administrator will oversee the process. Test results will be made available to the parent/guardian who signs this form below. The results will be sent by text message and email within 24 hours of the test. This program is **entirely optional** for students, although we hope you choose to have the test to keep our schools as healthy & safe as possible. The tests are being offered in addition to existing safety protocols such as mask-wearing, social distancing, and frequent disinfection of surfaces.

What should I do when I receive my child's test results?

If your child or you (if student age 18 or older) tests positive for the virus, your child will be moved to a room away from other students and staff until you can pick him/her up. We ask that you keep your child home until the infection period has ended (typically, after symptoms improve and at least 10 days from the date symptoms first appear) and your child is no longer contagious. If your child's test results are negative, the virus was not found in the specimen tested and your child may continue to attend school without interruption. In a small number of cases, tests sometimes produce incorrect results – showing negative results (called “false negatives”) in people who have COVID-19 or showing positive results (called “false positives”) in people who don't have COVID-19. If your child tests negative but has symptoms of COVID-19, or if you have concerns about your child's exposure to COVID-19, you should call your child's doctor, a licensed medical authority, or your local health department.

Known Symptoms:

People with COVID-19 have had a wide range of symptoms reported – ranging from mild symptoms to severe illness. Symptoms may appear **2-14 days after exposure to the virus**. People with these symptoms may have COVID-19:

- Feeling feverish or a measured temperature greater than or equal to 100.0 degrees Fahrenheit
- Loss of taste or smell
- Cough
- Difficulty breathing
- Shortness of breath
- Fatigue
- Headache
- Chills
- Sore throat
- Congestion or runny nose
- Shaking or exaggerated shivering
- Significant muscle pain or ache
- Diarrhea
- Nausea or vomiting

This list does not include all possible symptoms.

Disclaimer:

While we realize precautions will be taken for the safety of students, please understand that neither the test administrator nor the <<insert school or district name>>, nor any of its trustees, officers, employees, or organization sponsors are liable for any accident or injuries that may occur to your child or yourself (if student age 18 or older), as a result of agreeing to the test.

TO BE COMPLETED BY PARENT, GUARDIAN OR ADULT STUDENT

Parent/Guardian Information

You will be notified with test results either via cell phone or email, or both.

Parent/Guardian Print Name:					
Parent/Guardian Cell/Mobile #: <i>Note: results will be texted to this cell #</i>					
Parent/Guardian Email Address:					
Child/Student Information					
Child/Student Print Name:					
School ID #:					
Driver's License #: <i>(if applicable)</i>					
Street Address:		City:		State:	
Zip Code:		County:			
School:				Grade Level:	
Date of Birth: <i>(MM/DD/YYYY)</i>				Age:	
Race/Ethnicity:	<input type="checkbox"/> Asian	<input type="checkbox"/> Hispanic	<input type="checkbox"/> Native American/Indigenous	Gender:	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
	<input type="checkbox"/> Black	<input type="checkbox"/> White	<input type="checkbox"/> Unknown		<input type="checkbox"/> Other/Unknown

CONSENT

By signing below, I attest that:

- A. I authorize the school system to conduct collection and testing of my child or me (if student age 18 or older) for COVID-19 by nasal swab.
- B. I acknowledge that a positive test result is an indication that my child or me (if student age 18 or older), must self-isolate and also continue wearing a mask or face covering as directed in an effort to avoid infecting others.
- C. I understand the school system is not acting as my child's medical provider, this testing does not replace treatment by my child's medical provider, and I assume complete and full responsibility to take appropriate action with regards to my child's test results. I agree I will seek medical advice, care and treatment from my child's medical provider if I have questions or concerns, or if their condition worsens.
- D. I understand that, as with any medical test, there is the potential for a false positive or false negative COVID-19 test result.

I, the undersigned, have been informed about the test purpose, procedures, possible benefits and risks, and I have received a copy of this Informed Consent. I have been given the opportunity to ask questions before I sign, and I have been told that I can ask additional questions at any time. I voluntarily agree to this testing for COVID-19.

Signature of Parent/ Guardian:		Date:	
Signature of Student: <i>(if age 18 or over or otherwise authorized to consent)</i>		Date:	

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA PRUEBA DE DETECCIÓN DE COVID-19 EN ESTUDIANTES

IDEA Public Schools toma muy en serio la salud y seguridad de nuestros alumnos y sus familias. Por lo tanto, además de las medidas de detección del virus para prevenir su propagación en el campus, incorporamos un programa de pruebas voluntario para detectar COVID-19 en estudiantes desde kínder hasta el 12 ° grado. Este programa utiliza los test llamados BinaxNOW del laboratorio Abbott proporcionados por el gobierno federal. Solo haremos la prueba con su consentimiento. Si está dispuesto a dar su consentimiento a que se realice esta prueba en usted o en su hijo (si el estudiante tiene 18 años o más), complete este formulario.

¿De qué se trata esta prueba?

Si su hijo es sintomático o pertenece a un grupo designado para la prueba, luego de su consentimiento, recibirá un test rápido BinaxNOW para la detección del virus COVID-19. Para recolectar una muestra y analizarla, se utiliza un hisopo, similar a un Q-Tip, y se introduce hasta el final de la nariz. Un miembro del equipo escolar que ha sido capacitado para usar este test obtendrá la muestra y un administrador capacitado en la prueba para detectar COVID-19 supervisará el procedimiento. Se informará el resultado de la prueba al padre, madre o tutor legal que firme este formulario. Los resultados se enviarán por mensaje de texto y correo electrónico durante las 24 horas posteriores a la realización de la prueba. Este programa es **completamente opcional** para los estudiantes, pero deseamos que elijan realizar la prueba para que los estudiantes de nuestra escuela estén lo más sanos y seguros posible. Estas pruebas complementan los protocolos de seguridad existentes como el uso de cubrebocas, la distancia social y la desinfección frecuente de las superficies.

¿Qué debería hacer cuando recibo el resultado de la prueba de mi hijo?

Si su hijo o usted (si el estudiante tiene 18 años o más) da positivo para el virus, su hijo debe ubicarse en un salón lejos de otros estudiantes y del equipo escolar hasta que puedan retirarlo de la escuela. Solicitamos que su hijo permanezca aislado en su hogar hasta que termine el periodo de infección (generalmente luego de que los síntomas mejoren y al menos 10 días después del día en que aparecieron los primeros síntomas) y ya no pueda contagiar. Si el resultado de la prueba de su hijo es negativo, significa que no se encontró el virus en la muestra y su hijo puede seguir asistiendo a la escuela normalmente. En pocos casos, las pruebas arrojan resultados incorrectos y revelan resultados negativos (llamados "falsos negativos") cuando las personas tienen COVID-19 o revelan resultados positivos (llamados "falsos positivos") cuando las personas no tienen COVID-19. Si su hijo dio negativo en la prueba, pero tiene síntomas relacionados a la COVID-19 o si tiene inquietudes respecto a la exposición de su hijo al COVID-19, debería comunicarse con el médico de su hijo, una autoridad médica con licencia o el departamento local de salud.

Síntomas conocidos:

Las personas que tienen COVID-19 han experimentado una gran variedad de síntomas, desde síntomas leves hasta enfermedades graves. Los síntomas pueden aparecer **entre 2 y 14 días después de estar expuesto al virus**. Las personas que sientan estos síntomas pueden tener COVID-19:

- Fiebre o temperatura mayor o igual a 100.0 °F.
- Pérdida de gusto u olfato.
- Tos.
- Dificultad para respirar.
- Falta de aire.
- Fatiga.
- Dolor de cabeza.
- Escalofríos.
- Dolor de garganta.
- Congestión o escurrimiento nasal.
- Temblores desmedidos.
- Dolor muscular significativo.
- Diarrea.
- Náuseas o vómitos.

En esta lista no se incluyen todos los síntomas posibles.

Descargo de responsabilidad:

Tenemos en cuenta que se deben tomar ciertas precauciones para la seguridad de los estudiantes; sin embargo, entienda que ni el administrador de la prueba ni el <<nombre de la escuela o distrito>>, ni cualquiera de sus administradores, oficiales, empleados o patrocinadores de la organización, son responsables de cualquier accidente o lesión que usted (si es un estudiante de 18 años o más) o su hijo pueda tener como resultado del consentimiento para realizar la prueba.

PARA QUE COMPLETE EL PADRE, MADRE TUTOR LEGAL O ESTUDIANTE ADULTO

Información sobre el padre, madre o tutor legal

Recibirá los resultados de la prueba por teléfono celular o correo electrónico o ambos.

Padre, madre o tutor legal Nombre y apellido (en letra de imprenta):	
Número del teléfono celular del padre, madre o tutor legal: <small>Nota: los resultados se enviarán a este número de teléfono celular.</small>	
Padre, madre o tutor legal Dirección de correo electrónico:	

Información sobre el niño o estudiante:

Nombre y apellido del niño o estudiante (en letra de imprenta):			
Número de identificación de la escuela:			
Número de licencia de conducir: <small>(si aplica)</small>			
Dirección postal:	Ciudad:	Estado:	
Código postal:	Distrito:		
Escuela:		Nivel de grado:	
Fecha de nacimiento: <small>(MM/DD/AAAA)</small>		Edad:	
Raza o etnia:	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Nativo americano o Indígena <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> No sabe	Género:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro o no sabe

CONSENTIMIENTO

Si firmo a continuación certifico lo siguiente:

- E. Autorizo al sistema escolar a llevar a cabo la recolección y prueba en mi hijo o en mí (si el estudiante tiene 18 años o más) para detectar COVID-19 mediante un hisopado nasal.
- F. Entiendo que, ante un resultado positivo de la prueba, mi hijo o yo (si el estudiante tiene 18 años o más) debe aislarse y seguir usando el cubreboca o mascarilla como se ordena para intentar evitar contagiar a otros.
- G. Entiendo que, el sistema escolar no actúa como proveedor médico de mi hijo, que esta prueba no reemplaza el tratamiento indicado por el proveedor médico de mi hijo y asumo la responsabilidad total de tomar las medidas apropiadas respecto a los resultados de la prueba de mi hijo. Acepto que, le solicitaré al proveedor médico de mi hijo consejo, cuidado y tratamiento médicos si tengo alguna pregunta o duda o si las condiciones empeoran.
- H. Entiendo que, como ante cualquier otra prueba médica, existe la posibilidad de obtener un resultado falso positivo o falso negativo en la prueba de COVID-19.

Yo, el abajo firmante, he sido informado sobre el propósito, los procedimientos y los posibles beneficios y riesgos de esta prueba y he recibido una copia de este consentimiento informado. He tenido la oportunidad de preguntar antes de firmar y me han dado la posibilidad de hacer preguntas adicionales en cualquier momento. Acepto voluntariamente someterme a esta prueba para detectar la COVID-19.

Firma del padre, madre o tutor legal:		Fecha:	
Firma del estudiante: <small>(si tiene 18 años o más o si tiene autorización para firmar este consentimiento)</small>		Fecha:	