



NYC DOE CONSENT FORM FOR COVID-19 TESTING

What is this form?

We are seeking your consent to test your child for COVID-19 infection. The New York City Department of Education (NYC DOE), working with NYC Health + Hospitals and the New York City Department of Health and Mental Hygiene, has partnered with laboratories and other providers to test NYC DOE students, teachers, and staff members for COVID-19 infection.

How often would you test my child?

We are arranging for our laboratory and provider testing partners to come to every school once a month to test some of the students and staff. If you consent, your child may be selected for testing on one or more of these occasions. In addition, your child may also be tested throughout the school year if they exhibit one or more symptoms of COVID-19 or are a close contact of a student, teacher, or staff person with COVID-19 infection.

What is the test?

If you consent, your child will receive a free diagnostic test for the COVID-19 virus. The attached letter provides more information about the types of tests that may be used. Collecting a specimen for testing involves inserting a small swab, similar to a Q-Tip, into the front of the nose and/or collecting saliva (spit).

How will I know if my child tests positive?

If your child has a specimen collected for testing at school, we will send information home with them to let you know. COVID-19 test results will generally be provided within 48-72 hours.

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

If your child’s test results are positive, please contact your child’s doctor immediately to review the test results and discuss what you should do next. You should keep your child at home and inform your child’s school. If your child’s test results are negative, this means that the virus was not detected in your child’s specimen. Tests **sometimes** produce incorrect negative results (called “false negatives”) in people who 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. If you need help finding a doctor, call (844) NYC-4NYC.

TO BE COMPLETED BY PARENT, GUARDIAN OR ADULT STUDENT

Parent/Guardian Information

Parent/Guardian Print Name:	
Parent/Guardian Address:	
Parent/Guardian Tel./Mobile #:	
Parent/Guardian Email address:	
Best way to contact you	

Child/Student Information

Child/Student Print Name:	
Child/Student School ID/OSIS #:	Child/Student Date of Birth:

Child/Student School	
Child/Student Address:	

NOTIFICATION OF INFORMATION SHARING

The law allows some information about your child to be shared with and among certain New York City and New York State agencies and their contracted service providers, including those listed below. This information will be shared only for public health purposes, which may include notifying close contacts of your child if they have been exposed to COVID-19, and taking other steps to prevent the further spread of COVID-19 in your school community. Information about your child that may be shared with these agencies and service providers conducting COVID-19 Testing includes your child's name and COVID-19 test results, date of birth/age, gender, race/ethnicity, school name(s), teacher(s), classroom/cohort/pod, enrollment and attendance history, and afterschool or other program participation, names of other family members or guardians, address, telephone, mobile number, and email address. Sharing of information about your child will **only** be done so in accordance with applicable law and City policies protecting student privacy and the security of your child's data.

- | | |
|---|---|
| • NYC Department of Education | • NYC Department of Youth and Community Development |
| • NYC Department of Health and Mental Hygiene | • NYC Health and Hospitals Corporation |
| • NYS Department of Health | • Contracted Service Providers for COVID-19 Testing |

CONSENT

By signing below, I attest that:

- I have signed this form freely and voluntarily, and I am legally authorized to make decisions for the child named above.
- I consent for my child to be tested for COVID-19 infection.
- I understand that my child may be tested at multiple times through September 30, 2021, and that testing may occur on days scheduled by the NYC DOE, if my child exhibits one or more symptoms of COVID-19, or is a close contact of a COVID-19 case.
- I understand that this consent form will be valid through September 30, 2021, unless I notify the designated contact person from my child's school **in writing** that I revoke my consent.
- I understand that if I revoke my consent or refuse to sign, my child may be required to continue their education via remote learning.
- I understand that my child's test results and other information may be disclosed as permitted by law.
- I understand that if I am a student age 18 or older, or may otherwise legally consent for my own health care, references to "my child" refer to me and I may sign this form on my own behalf.

Signature of Parent/ Guardian* (if child is under age 18)		Date
Signature of Student (if age 18 or over or otherwise authorized to consent)		Date

**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LAS PRUEBAS DE COVID-19
DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DE LA CIUDAD DE NUEVA YORK**

¿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, 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?

Estamos planificando para que nuestros socios de laboratorio y proveedores de pruebas visiten cada escuela una vez al mes para hacer la prueba de COVID-19 a algunos estudiantes y miembros del personal. Si usted lo autoriza, su hijo puede ser seleccionado para la prueba en una o más de estas ocasiones. Además, a su hijo también se le puede hacer la prueba a lo largo del año escolar si presenta uno o más síntomas de COVID-19 o es un contacto cercano de un estudiante, maestro o miembro del personal contagiado con el virus.

¿En qué consiste la prueba?

Si usted lo autoriza, a su hijo se le hará una prueba de COVID-19 gratuita. La carta adjunta proporciona más información sobre los tipos de pruebas que pueden utilizarse. Tomar una muestra para la prueba implica insertar un pequeño hisopo, similar a un Q-tips, en la parte delantera de la nariz o recolectar saliva.

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

Si a su hijo se le hace la prueba en la escuela, 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 de inmediato 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 número (844) NYC-4NYC.

EL PADRE, TUTOR O ESTUDIANTE MAYOR DE EDAD 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 menor o estudiante

Nombre del menor o estudiante (en letra de imprenta):			
N.º de identificación/OSIS del menor o estudiante:		Fecha de nacimiento del menor o estudiante:	

Escuela del menor o estudiante:	
Dirección del menor o 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 escolar. La información sobre su hijo que puede ser divulgada a estas agencias y proveedores de servicios que realizan las pruebas 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 de los estudiantes y la seguridad de sus datos.

<ul style="list-style-type: none"> Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York 	<ul style="list-style-type: none"> Departamento de Desarrollo Comunitario y de la Juventud de la Ciudad de Nueva York
<ul style="list-style-type: none"> Departamento de Salud y Salud Mental de la Ciudad de Nueva York 	<ul style="list-style-type: none"> NYC Health + Hospitals
<ul style="list-style-type: none"> Departamento de Salud del Estado de Nueva York 	<ul style="list-style-type: none"> 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 pueden hacer varias pruebas hasta el 30 de septiembre de 2021 y que las pruebas pueden realizarse en los días que programe el Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York si mi hijo presenta uno o más síntomas de COVID-19, o si es un contacto cercano de un caso de COVID-19.
- Entiendo que este formulario de autorización será válido hasta el 30 de septiembre de 2021, a menos que notifique **por escrito** a la persona de contacto designada por la escuela de mi hijo que retiro mi autorización.
- Entiendo que si retiro mi autorización o me niego a firmar, se le puede exigir a mi hijo que continúe su educación a través del aprendizaje a distancia.
- 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* (si el estudiante es menor de 18 años)		Fecha
Firma del estudiante (si es mayor de 18 años o está facultado para dar su autorización)		Fecha