

EXPOSICIÓN 2

CONSENTIMIENTO PARA LA PRUEBA DE PCR SALIVA
CONDADO DE WESTCHESTER
PROGRAMA DE LAS ESCUELAS PARA PRUEBAS DE SELECCIÓN DE COVID-19

Nombre del Estudiante\Maestro\Personal: _____

Grado del estudiante _____ Nombre de la Escuela: _____

Dirección del Estudiante\Maestro\Personal: _____

Ciudad / Estado: _____ Código postal: _____

Fecha de cumpleaños: _____ Género _____

Raza (Marque Todo que Aplique): _____ Grupo Étnico: (Marque Uno)

Indio Americano o Nativo de Alaska
Negro o Africano Americano
Blanco
Asiático
Nativo de Hawái/Islas Pacíficas
Otro
No Sabe

Hispano o Latino
No Hispano o Latino
No Sabe

¿Su hijo o usted ha tenido pruebas positivas de detección de COVID-19 en los últimos 90 días? Sí _____ No _____

Si positivo, fecha del examen positivo: _____

- Autorizo al Westchester County Department of Health (“WCDH”), y sus contratistas a recibir muestras de saliva recolectadas por sí mismo de parte del anterior nombrado individuo y realizar pruebas de detección de COVID-19 en esas muestras.
- He leído y entiendo las Preguntas Más Frecuentes adjuntas sobre el Programa de Pruebas de Selección de COVID-19 (el Programa) de las escuelas del Condado de Westchester. Entiendo que este programa de pruebas no tendrá ningún costo para mí. Autorizo la divulgación de toda la información necesaria para fines de salud pública tal, como indicado en las Preguntas Más Frecuentes.
- Al firmar esto, yo doy permiso para que mi hijo / tutor legal o yo mismo participemos en este programa de pruebas voluntarias.
- Yo puedo revocar mi permiso para participar en el programa de pruebas en cualquier momento notificando por escrito a la enfermera de la escuela o a quien la escuela designe por escrito para recibir tal notificación.
- Yo entiendo que si mi hijo/tutor legal/o yo ha dado positivo en los últimos 90 días, mi hijo/tutor legal/o yo no podrá participar en el programa hasta que hayan pasado 90 días desde el resultado positivo de la prueba.
- Yo entiendo y reconozco que WCDH, sus socios de pruebas y le distrito/la escuela no actúan como proveedores médicos y este programa de detección no es para realizar pruebas si una persona está enferma o expuesta a una persona con COVID-19. Recibiré resultados positivos en las pruebas y tomaré las medidas necesarias.

He leído este formulario y todas mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente. Al firmar este formulario, reconozco que he leído y acepto todo lo anterior.

Firma del estudiante / Firma del padre / tutor si el estudiante es menor de 18 años/ Maestro o Personal De la Escuela

Nombre en letra de imprenta: _____

Relación del padre / tutor con el estudiante si el estudiante es menor de 18 años: _____

Teléfono del padre / tutor: si el estudiante es menor de 18 años: _____

Fecha: _____

Exposición 3
Autorización para Divulgar Información Médica Protegida (Resultados de la Prueba COVID)

Nombre del Estudiante\Maestro\Personal: _____

Dirección del Estudiante\Maestro\Personal: _____

Ciudad / Estado: _____ Código postal: _____

Fecha de cumpleaños: _____ Teléfono: _____

Yo autorizo al Departamento de Salud del Condado de Westchester y sus socios de pruebas (Mount Sinai Health Systems, Inc.; Mirimus Inc. Y Quadrant Biosciences, Inc.) a divulgar la información de salud de la persona mencionada anteriormente de la siguiente manera:

Nombre de la persona / entidad a la que se enviará esta información ("Destinatario")

Nombre: _____ Distrito Escolar

Dirección: _____

Descripción de la Información a Divulgar: LOS RESULTADOS DE LA PRUEBA DEL PCR DE SALIVA COVID-19 ("Información COVID") del individuo nombrado antemano.

Propósito de La Divulgación: PARTICIPAR EN EL PROGRAMA DE PRUEBAS DE DETECCIÓN DE COVID Y ASISTENCIA A LA ESCUELA.

Esta autorización expira un año después de la fecha en que se firmó.

Esta autorización permite la divulgación de información de los resultados de la prueba de COVID-19 de la persona mencionada anteriormente al "Destinatario" mencionado anteriormente, de forma continua para la cantidad de pruebas que se someta a dicha persona antes de la expiración de esta autorización.

1. Yo entiendo que cualquier divulgación está sujeta a la Ley de Portabilidad del Seguro Médico de 1997 (HIPPA) 45 C.F.R. pts 160 & 164; y la nueva divulgación de esta información a una parte que no sea la designada anteriormente está prohibida sin autorización por escrito de mi parte, a menos que sea requerido o permitido por la ley o reglamento
2. Yo entiendo que WCDH y sus contratistas de pruebas no tienen la habilidad para evitar la divulgación nueva de mi información COVID por el Destinatario.
3. El firmar esta autorización es voluntario. Entiendo que tengo el derecho revocar esta autorización en cualquier momento, excepto para al extenso que WCDH y sus contratistas de pruebas han actuado a base de esta autorización. Entiendo que si yo revocase esta autorización, yo tengo que hacerlo por escrito a la enfermera de la escuela o a quien la escuela a designado por escrito para recibir tal correspondencia.

He leído este formulario y todas mis preguntas han sido contestadas satisfactoriamente. Al firmar este formulario, yo reconozco que lo he leído, entendido y acepto todo lo anterior.

He leído este formulario y todas mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente. Al firmar este formulario, reconozco que he leído y acepto todo lo anterior.

Firma del estudiante / Firma del padre / tutor si el estudiante es menor de 18 años/ Maestro/ Personal

Nombre en letra de imprenta: _____

Relación del padre / tutor con el estudiante si el estudiante es menor de 18 años: _____

Dirección del Padre/Guardián Legal si el estudiante es menor de 18 años _____

Dirección Electrónica del Padre/Guardián Legal si el estudiante es menor de 18 años _____

Teléfono del padre / tutor: si el estudiante es menor de 18 años: _____

Fecha: _____