Estimadas familias de NCSS:

Gracias por su colaboración continua durante el año escolar 2021-2022. En un esfuerzo para prevenir la propagación de COVID-19, hemos estado trabajando en colaboración con el Departamento de Salud Pública de Georgia (DPH) para implementar un programa de prueba de COVID-19 opcional y gratuito para los estudiantes y el personal en nuestras escuelas. Las pruebas regulares de COVID-19 de los estudiantes y el personal nos ayudarán a reducir el riesgo de la enfermedad en nuestras escuelas al encontrar casos positivos de COVID-19 rápidamente. El programa de pruebas también ayudará a identificar casos positivos en personas que no muestran síntomas. Las pruebas nos permitirán continuar con el aprendizaje regular en persona y, al mismo tiempo, hacer que todos se sientan más seguros cuando estén en persona.

El propósito de esta carta es pedirle permiso para evaluar regularmente a su hijo como parte de un programa de evaluación en su escuela. Las pruebas consisten en un hisopo nasal suave de la fosa nasal interna inferior. Los resultados positivos del laboratorio se compartirán con el padre / tutor.

Recuerde, la prueba es gratuita; no es necesario que pague el examen ni tenga seguro médico para que su estudiante sea examinado. El programa es opcional, pero esperamos que pueda participar para ayudar a detener la propagación de COVID-19.

Para dar permiso para que su estudiante participe en el Programa de pruebas COVID-19, incluido el consentimiento para transmitir la información del estudiante a través de la plataforma de pruebas y el consentimiento para compartir la información del resultado de la prueba con el Departamento de Salud Pública de Georgia, **complete y envíe el formulario de consentimiento adjunto a la enfermera de su escuela. Este formulario de consentimiento permitirá que su estudiante participe en las pruebas semanales durante la duración del programa de pruebas o hasta que envíe por escrito que ya no desea que su estudiante participe.**

Si tiene preguntas, comuníquese con el Dr. Ashante Everett
en everett.ashante@newton.k12.ga.us .

¿Qué es el programa de pruebas COVID-19?

- Los estudiantes participantes serán evaluados para COVID-19 una vez a la semana.
- La prueba se realiza en su escuela.
- La prueba COVID-19 es rápida, fácil y no duele.
  - Una prueba nasal frota suavemente la fosa nasal interna inferior .
  - Las pruebas se envían al laboratorio.
  - Los resultados de laboratorio positivos se comparten con el padre / tutor.
- La prueba es gratuita. No es necesario que pague la prueba ni tenga seguro médico para realizarla.
- El programa es opcional, pero esperamos que participe para ayudarnos a detener la propagación de COVID-19.

¿Cómo puede participar mi estudiante en el programa?

Para participar en el programa de pruebas, debe firmar un formulario de consentimiento para su estudiante. Solo necesita registrarse, u optar por participar una vez para la prueba semanal. La información del estudiante se compartirá con el Departamento de Salud Pública de Georgia si un estudiante da positivo.

El programa es voluntario. No se requiere que los estudiantes participen en el programa; sin embargo, recomendamos que su estudiante participe para ayudarnos a reducir la propagación del COVID-19.

Formulario de Consentimiento del Estudiante para la Prueba Voluntaria COVID-19 de NCSS

Las pruebas de los estudiantes maximizarán el aprendizaje en persona al detectar, rastrear y aislar rápidamente individuos positivos con COVID19 - ya sea o no que tengan síntomas. Además, brindará tranquilidad a las familias y al personal. Las medidas de seguridad que tenemos, combinadas con las pruebas semanal de personal y los estudiantes, reducirán el riesgo de transmisión y permitirán un acceso más constante a la instrucción en persona para nuestros estudiantes.

¿Qué es la prueba?
La prueba es una prueba de cultivo anterior-nasal (un corto hisopo de no más de un típico Q-Tip) y tarda sólo unos segundos para recoger. Este es un método de recolección no invasivo.

¿Se compartirá esta información?
Esta información se compartirá solo con fines de salud pública, lo que puede incluir notificar a los contactos cercanos de su hijo si han estado expuestos al COVID-19 y tomar otras medidas para prevenir más propagación de COVID-19 en la comunidad escolar. El intercambio de información sobre su hijo solo se hará de acuerdo con la ley aplicable y las políticas de la ciudad que protegen la privacidad de los estudiantes y la seguridad de los datos de su hijo.

Información del estudiante		
Nombre del estudiante:	**Fecha de nacimiento:**	**La edad:**
Dirección:	**Sexo:** ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Otro	
Raza: ☐ Asiático ☐ Negro / Africano Americano ☐ Blanca ☐ Otro ☐ Nativo americano / nativo de Alaska ☐ Hawaiano / isleño del Pacífico	**Etnia:** ☐ Hispano / Latino ☐ No hispano / latino	
Colegio:	**Nivel de grado:**	
Información del padre / tutor		
Nombre del padre / tutor (por favor imprimir):	**Número de teléfono del padre / tutor:**	
Correo electrónico del padre / tutor:		

CONSENTIMIENTO

Al completar y enviar este formulario, confirmo que soy el padre, tutor o persona legalmente autorizada para dar mi consentimiento y:

- Autorizo la recopilación y prueba individual de COVID-19 semanal de mi hijo durante el horario escolar, a través del Programa Increasing Community Access to Testing (ICATT) (Aumento del Acceso Comunitario a las Pruebas).
- Autorizo la recopilación y prueba de cualquier prueba diagnóstico molecular / PCR individual de mi hijo.
- Entiendo que todos los tipos de muestras serán hisopos nasales cortos y no invasivos.
- Entiendo que se me notificará sobre los resultados POSITIVOS de cualquier prueba de diagnóstico individual para COVID-19.
- Independientemente de los resultados de la prueba, los estudiantes DEBEN cumplir con todas las pautas de seguridad escolar de COVID-19, incluyendo uso de mascarillas y distanciamiento social, y seguir los protocolos de la escuela para aislar y realizar pruebas en caso de que el estudiante desarrolle síntomas de COVID-19.
- Entiendo que el personal que administra las pruebas individualizadas ha recibido capacitación sobre la administración segura y adecuada de las pruebas. Estoy de acuerdo en que ni el administrador de la prueba ni el Sistema Escolar del Condado de Newton, ni ninguno de sus fideicomisarios, funcionarios, empleados o patrocinadores de la organización son responsables de cualquier accidente o lesiones que puedan ocurrir por la participación en el programa de pruebas COVID-19.
- Entiendo que mi estudiante debe quedarse en casa si se siente mal. Reconozco que un resultado positivo de una prueba individual es una indicación de que mi estudiante debe quedarse en casa y no ir a la escuela, aislarse y continuar usando una máscara o cubrirse la boca como se indica para evitar infectar a otros. Las fechas de aislamiento serán asignadas por el equipo de rastreo de contactos del distrito.
- Entiendo que el sistema escolar no está actuando como el proveedor médico de mi estudiante, esta prueba no reemplaza el tratamiento por parte del proveedor médico de mi estudiante y asumo la responsabilidad completa y total de tomar las medidas apropiadas con respecto a los resultados de la prueba de mi estudiante. Estoy de acuerdo en buscar consejo médico, atención y tratamiento del proveedor médico de mi estudiante si tengo preguntas o inquietudes, o si su condición empeora. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier atención que mi estudiante reciba de su proveedor de atención médica.
- Doy mi consentimiento para que el nombre de mi hijo, los resultados de la prueba COVID-19 y toda la información incluida en esta autorización sea divulgada por y entre el Sistema Escolar del Condado de Newton, el Departamento de Salud de Georgia, LTS y sus proveedores de servicios contratados, y las agencias de salud pública para el propósito de la coordinación de pruebas, notificación de resultados y otros propósitos de salud pública.
- Entiendo que las pruebas individualizadas pueden crear información de salud protegida (PHI) y otra información de identificación personal (PII) del estudiante. De conformidad con 45 CFR 164.524 (c) (3), autorizo y ordeno al proveedor de pruebas que transmita dicha PHI a la escuela de mi estudiante, al Departamento de Salud Pública de Georgia y al laboratorio de pruebas. Además, entiendo que la PHI puede ser divulgada a la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos y cualquier otra parte, según lo autorizado por HIPAA.
- Entiendo que autorizar estas pruebas COVID-19 para mi estudiante es opcional y que puedo negarme a dar esta autorización, en cuyo caso, mi estudiante no será evaluado.
- Este permiso entrará en vigencia a partir de la fecha de mi firma y en cualquier momento que mi hijo esté inscrito en el Sistema Escolar del Condado de Newton, a menos que yo dé por terminada esta autorización por escrito. Entiendo que puedo cambiar de opinión y cancelar este permiso en cualquier momento, pero que dicha cancelación es solo con miras al futuro y no afectará la información que ya permití que se divulgara. Para cancelar este permiso para la prueba COVID-19, comuníquese con la enfermera de la escuela.

Firma de padre/tutor	**Fecha:**