



## Formulario de consentimiento de MPS para participar/no participar en el programa de prueba estudiantil del COVID-19 en el año escolar 2021–22

MPS ofrece pruebas de COVID-19 a los estudiantes que muestran síntomas así como pruebas semanales de rutina. MPS está usando este formulario para documentar su deseo de que su hijo participe en el programa de prueba de COVID-19 del distrito. Si decide que su hijo participe en el programa, este formulario documentará su consentimiento para que su hijo tenga una prueba de COVID-19 y para compartir los datos recopilados con las autoridades relevantes de salud.

**¿Por qué hacerse la prueba?** La prueba ayudará a reducir el COVID-19 en la comunidad y asegurará que nuestras escuelas sean un ambiente seguro de aprendizaje y trabajo. La prueba ayudará a que el distrito identifique rápidamente los casos positivos de COVID-19, lo cual es muy importante para prevenir los brotes en las escuelas.

**¿Qué es la prueba?** Con su consentimiento, su hijo recibirá una prueba diagnóstica gratis para el virus que causa el COVID-19. La recolección del espécimen para la prueba consiste en introducir un pequeño hisopo en las narices. La prueba tendrá lugar sólo si el padre/tutor legal lo ha autorizado.

**¿Cómo sabré cuáles son los resultados de la prueba?** Se le notificará cuál es el resultado de la prueba o se le informará cómo se recibirá el resultado por teléfono, texto o mensaje de correo electrónico.

**¿Qué debo hacer cuando reciba los resultados de la prueba de mi hijo?** Si la prueba es positiva, esto significa que el virus fue detectado en el espécimen de su hijo. Usted tendrá noticias de la escuela de su hijo o de un profesional capacitado sobre esta prueba. Se le pedirá que recoja a su hijo (o que no lo envíe a la escuela) y se le dará información sobre dejar a su hijo en casa, darle seguimiento con su proveedor de salud y cuándo su hijo podrá regresar a la escuela. Si los resultados de la prueba de su hijo son negativos, esto significa que el virus no se detectó en el espécimen de su hijo en este momento. Se le pedirá que siga las instrucciones provistas por la escuela de su hijo después de obtener este resultado de la prueba.

### INFORMACIÓN DE CONTACTO

Completado por el padre/tutor legal o estudiante (si tiene 18 años o más) – **EN LETRA DE IMPRENTA**

<b>Apellido del estudiante:</b>		
<b>Nombre del estudiante:</b>		<b>Inicial 2<sup>do</sup> nombre:</b>
<b>Dirección:</b>		
<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:</b> WI	<b>Código Postal:</b>
<b>Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):</b>	<b>Número de ID del estudiante:</b>	
<b>Nombre del padre/tutor legal:</b>		
<b>Dirección de correo electrónico del padre/tutor legal:</b>		
<b>Número de teléfono del padre/tutor legal:</b>		
<b>Indique abajo si desea que su hijo participe en el programa de prueba de COVID-19:</b>		
<input type="checkbox"/> <b>Sí</b> , estoy de acuerdo con que mi hijo participe en el programa de prueba del COVID y autorizo a que se someta a la prueba ( <i>marque las que correspondan</i> ): <input type="checkbox"/> cuando muestre síntomas <input type="checkbox"/> de forma rutinaria una vez a la semana		
<input type="checkbox"/> <b>No</b> , NO doy mi consentimiento para que mi hijo participe en el programa de prueba de COVID-19.		

Al firmar abajo, certifico que:

- He firmado este formulario de forma libre y voluntaria, y que estoy legalmente autorizado a tomar decisiones en nombre del menor de edad nombrado arriba.
- Al dar mi consentimiento para que mi hijo se someta a la prueba, estoy de acuerdo con que la escuela le notifique a mi hijo sobre los resultados.
- Al dar mi consentimiento para que mi hijo se someta a la prueba, estoy de acuerdo con que el personal de la escuela, el personal de cuidados de salud contratado, el personal del Departamento de Salud local y tribal, y/u otros miembros capacitados del personal, de acuerdo como lo establezca la escuela. Entiendo que si mi hijo tiene entre 14 y 17 años, se le pedirá que proporcione su consentimiento verbal para someterlo a la prueba.
- Entiendo que este formulario de consentimiento será válido hasta el 31 de julio de 2022, a menos que le notifique al administrador de la escuela de mi hijo por escrito que revoco mi autorización.
- Al dar mi consentimiento para que mi hijo se someta a la prueba, entiendo que los resultados de la prueba pueden compartirse con la escuela, el condado y otras autoridades locales, estatales y federales, conforme la ley lo permita.
- Entiendo que si soy un estudiante de 18 años o más, o si tengo la potestad de dar consentimiento legal para tomar mis propias decisiones de salud, las referencias a "mi hijo" se refieren a mí y puedo firmar este formulario en mi nombre.

Visite la página Web del CDC para obtener más información: [www.cdc.gov/coronavirus](http://www.cdc.gov/coronavirus).

<b>FIRMA</b> – Padre/tutor legal o estudiante (si tiene 18 años o más)	<b>Fecha</b>
© 2022 Milwaukee Public Schools • Last updated March 2022	