

ESTUDIANTES SOLAMENTE

Forma de Consentimiento y Renuncia y Liberación de Demanda sobre el Antígeno de COVID-19 BinaxNOW

Estimados Padres/Tutores:

Mientras esté en la escuela, su niño(a) puede ser elegible para recibir una prueba con un estropajo nasal con el antígeno BinaxNOW si él/ella está mostrando síntomas de COVID-19. Los síntomas pueden incluir: tos, fiebre, dificultad para respirar, fatiga, dolores de músculos o cuerpo, dolor de cabeza, pérdida del sabor u olfato nueva, dolor de garganta, congestión o nariz que gotea, náusea, vómito o diarrea. Si usted desea que su niño(a) reciba la prueba con el antígeno BinaxNOW si él/ella está mostrando síntomas de COVID-19, por favor complete la información siguiente:

Nombre del Estudiante: _____ **Fecha de Nac.:** _____

Grado: _____

Nombre(s) del Padre/Tutor:

Escuela: _____

Teléfono en Casa: _____ **Teléfono Celular:**

(Ponga sus iniciales en cada línea. Cada línea debe tener su inicial para que el consentimiento sea válido):

- a. _____ Yo autorizo a la enfermera u otro empleado entrenado de TUSD dentro de TUSD para que administre la prueba de COVID-19 con el antígeno BinaxNOW a mi niño(a).
- b. _____ Entiendo que los resultados de la prueba pueden ser divulgados a los oficiales de salud del condado y el estado y a los oficiales de la escuela designados
- c. _____ Entiendo que existe el potencial de un resultado de la prueba de COVID - 19 positivo falso o negativo falso.
- d. _____ Si mi niño(a) tiene síntomas, he sido informado que una prueba negativa no descartará necesariamente la infección o COVID-19 y que se requerirá que mi niño(a) siga la Regulación de TUSD para síntomas consistentes con COVID-19.

Renuncia de Responsabilidad y Liberación de Demandas:

Al otorgar mi consentimiento para que el Distrito administre la prueba con el antígeno BinaxNOW a mi niño(a), y hasta donde sea permitido por la ley, por este medio estoy de acuerdo en renunciar, liberar, y exonerar cualquiera y todo los reclamos, causas de acción, daños, y derechos de cualquier clase contra el Distrito, sus aseguradores, la Mesa Directiva del Distrito, y todos sus empleados respectivos, agentes, representantes,

y voluntarios (las "Partes Exoneradas") que surjan de o relacionados en cualquier forma a cualquier daño, herida, trauma, enfermedad, perdida, discapacidad, o muerte que le pueda ocurrir a mi niño(a), a mí personalmente, o los miembros de mi hogar como resultado de la administración de la prueba o el resultado negativo falso/positivo falso del Distrito de la prueba con el antígeno BinaxNOW a mi niño(a).

Además, estoy de acuerdo en no demandar a las Partes Exoneradas, y defender e indemnizar las Partes Exoneradas por todos los reclamos, daños, pérdidas, o gastos, incluyendo honorarios de abogados, si una demanda es sometida concerniente a a una herida, enfermedad, o mi muerte, de mi niño(a), o miembros de mi hogar como resultado de la administración de la prueba o los resultados negativos falsos/positivos falsos de la administración de la prueba de COVID-19 con el antígeno BinaxNOW del Distrito dada a mi niño(a).

POR MEDIO DE MI FIRMA ABAJO, ESTOY DE ACUERDO CON LA ADMINISTRACIÓN DE LA PRUEBA DE COVID-19 BINAXNOW ANTIGEN POR EL PERSONAL DEL DISTRITO A SER PROPORCIONADA A MI NIÑO(A)

Nombre del Padre/Tutor (Impreso): _____

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Repase la hoja de información de BinaxNOW aquí:

*Esta Forma de Consentimiento deberá ser llenada y archivada en la oficina de salud para que su niño(a) reciba la prueba antígeno mientras esté en la escuela. **Esta Forma de consentimiento es válida para la prueba(s) durante el ciclo escolar 2023-2024.***

HEALTH OFFICE USE

TEST RESULTS

_____ NEGATIVE _____ POSITIVE

Date and time of test: _____

Administered by: _____