

**SAN FELIPE DEL RIO**  
*Consolidated Independent School District*



P.O. DRAWER 428002

DEL RIO, TEXAS 78842

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL ESTUDIANTE PARA LAS PRUEBAS OPCIONALES  
DE COVID-19 EN EL CAMPUS

Estimado Padre/Tutor,

El distrito escolar de San Felipe Del Río Consolidated Independent School District (SFDR) se toma muy en serio la salud y seguridad de nuestros estudiantes y sus familias. Como tal, además de los pasos que estamos tomando actualmente para detectar COVID-19, SFDR participará en un programa de pruebas voluntarios de COVID-19 para estudiantes en grados K-12 en todo el estado. El objetivo de este esfuerzo es de evitar que el virus COVID-19 se propague a otros en el campus.

**¿Qué es una prueba rápida COVID?**

Si su hijo/hija es parte de un grupo designado para la prueba, su hijo es elegible para recibir una prueba gratuita de detección de antígenos COVID usando la prueba BinaxNOW Rapid de los Laboratorios Abbott. Esta prueba, también conocida como prueba de antígeno rápido, identifica el virus COVID-19 mediante la detección de las proteínas del virus.

**The COVID Rapid Tests es una herramienta de detección que puede ayudar a las escuelas a responder rápidamente a los casos. Identifica la probabilidad de que una persona pueda tener una infección COVID-19 activa. No está destinado a reemplazar la prueba COVID PCR.**

**Si usted da su consentimiento**, entonces se recogerá un espécimen. Las pruebas consisten en el uso de un hisopo, similar a un Q-Tip, colocado dentro de la punta de la nariz. Una enfermera de la escuela o un administrador capacitado recogerá el espécimen y leerá los resultados. Los resultados de las pruebas se pondrán a disposición del padre/tutor que proporcione autorización en el formulario adjunto. Los resultados se enviarán por mensaje de texto y se enviarán por correo electrónico dentro de las 24 horas posteriores a la prueba. Tenga en cuenta que este programa es totalmente opcional para los estudiantes, aunque esperamos que elija hacerse la prueba para identificar cualquier riesgo potencial de COVID-19, y mantener nuestras escuelas lo más saludables y seguras posible.

**¿Qué debo hacer cuando recibo los resultados de las pruebas de mi hijo?**

Si su hijo/hija da **positivo** para el virus, le pedimos que se ponga en contacto con el médico de su hijo o con licencia del proveedor de atención médica para una evaluación y atención adicionales. El/ella y todas las personas que viven en su hogar inmediato deben permanecer en casa en cuarentena hasta que sea liberado por la Autoridad de Salud del Condado de Val Verde.

Si los resultados de la prueba de su hijo son **negativos**, el virus no se encontró en la muestra analizada y su hijo puede continuar asistiendo a la escuela sin interrupción. Sin embargo, si su hijo da prueba negativo, **pero tiene síntomas de COVID-19, o si le preocupa la exposición de su hijo a COVID-19**, es posible que la Autoridad de Salud del Condado de Val Verde requiera que ponga en cuarentena a su hijo/hija. Usted debe llamar al médico de su hijo o al proveedor de atención médica para una evaluación adicional.

Si tiene alguna pregunta o inquietud, comuníquese con el Departamento de Servicios de Salud a (830) 778-4108.

Gracias,  
Melissa Padilla-Limon BSN RN, Coordinadora

EQUAL OPPORTUNITY EMPLOYER  
Telephone: (830) 778-4001

**PARA SER COMPLETADO POR PADRES, TUTORES O ESTUDIANTES ADULTOS**

**Parent/Guardian Information**

Se le notificará con los resultados de las pruebas, ya sea a través de teléfono celular o correo electrónico, o ambos.

<b>Padre/Tutor Imprimir Nombre:</b>	
<b>Número del Teléfono Celular #:</b> <i>Nota: los resultados se enviarán por mensaje de texto a esta celda #</i>	
<b>Dirección de correo electrónico del padre/tutor:</b>	

**Child/Student Information**

<b>Child/Student Print Name:</b>			
<b>School ID #:</b>			
<b>Driver's License #:</b> <i>(if applicable)</i>			
<b>Street Address:</b>	<b>City:</b>	<b>State:</b>	
<b>Zip Code:</b>	<b>County:</b>		
<b>School:</b>		<b>Grade Level:</b>	
<b>Date of Birth:</b> <i>(MM/DD/YYYY)</i>		<b>Age:</b>	
<b>Race/Ethnicity:</b>	<input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> Native American/Indigenous <input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Unknown	<b>Gender:</b>	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Other/Unknown

**CONSENTIMIENTO**

Al firmar a continuación, atestiguo que:

- A. Autorizo al sistema escolar a llevar a cabo la recolección y prueba de mi hijo o de mí (si el estudiante de 18 años o más) para COVID-19 por hisopo nasal.
- B. Reconozco que un resultado positivo de la prueba es una indicación de que mi hijo o yo (si el estudiante de 18 años o más), debe autoaislarse y también continuar usando una máscara o una cubierta facial como se indica en un esfuerzo por evitar infectar a otros.
- C. Entiendo que el sistema escolar no está actuando como proveedor médico de mi hijo, esta prueba no reemplaza el tratamiento por el proveedor médico de mi hijo, y asumo la responsabilidad completa y completa de tomar las medidas apropiadas con respecto a los resultados de las pruebas de mi hijo. Estoy de acuerdo en que buscaré consejo médico, atención y tratamiento del proveedor médico de mi hijo si tengo preguntas o inquietudes, o si su condición empeora.
- D. Entiendo que, como con cualquier prueba médica, existe la posibilidad de un resultado falso positivo o falso negativo COVID-19.

Yo, el abajo firmante, he sido informado sobre el propósito de la prueba, procedimientos, posibles beneficios y riesgos, y he recibido una copia de este Consentimiento Informado. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas antes de firmar, y me han dicho que puedo hacer preguntas adicionales en cualquier momento. Acepto voluntariamente esta prueba para COVID-19.

<b>Firma del Padre/ Guardian:</b>		<b>Fecha:</b>	
<b>Signature of Student:</b> <i>(if age 18 or over or otherwise authorized to consent)</i>		<b>Date:</b>	