

**CINCINNATI PUBLIC SCHOOLS COLLABORATION (COLABORACIÓN
DE LAS ESCUELAS PÚBLICAS DE CINCINNATI)
con el Departamento de Salud de Cincinnati
CONSENTIMIENTO PARA PRUEBA DE COVID-19**

**COMPLETE ESTE FORMULARIO ÚNICAMENTE SI DA SU CONSENTIMIENTO PARA QUE LE
HAGAMOS UNA PRUEBA DE COVID-19 A SU HIJO(A)**

NOMBRE DE LA ESCUELA: SCHOOL NAME:		Grado/Salón de clase Grade/HR	
INFORMACIÓN DEL PACIENTE EN LETRA DE MOLDE PLEASE PRINT PATIENT INFORMATION			
(Apellido): (Last Name)		(Nombre): (First Name)	(inicial 2°): (M.I.)
			N.º registro médico/Control: MRN/Control #
NOMBRE DEL (DE LA) ESTUDIANTE: STUDENT NAME			
Fecha de nacimiento: Date of Birth	Sexo: Sex	<input type="radio"/> Masculino Male	<input type="radio"/> Femenino Female
		<input type="radio"/> Otro Other	Grupo étnico: Ethnic Group
			<input type="radio"/> Hispánico Hispanic
			<input type="radio"/> No hispánico Non-Hispanic
Padre, madre o tutor (si es diferente del paciente): Parent/Guardian (if different than patient)			
Raza: Race	<input type="radio"/> Nativa de Alaska Alaskan Native	<input type="radio"/> Indígena americana AM - American Indian	<input type="radio"/> Asiática Asian
		<input type="radio"/> Negra/ afroamericana Black/African American	<input type="radio"/> Nativa de Hawái Native Hawaiian
			<input type="radio"/> El paciente no contesta Patient Refused
			<input type="radio"/> Desconocida Unknown
			<input type="radio"/> Blanca White
Dirección: N.º apto. Street Address: Apt. #	Ciudad: City:	Estado: State:	Condado: County:
			Código postal: Zip Code:
Teléfono del hogar: Home Phone	Teléfono alternativo: Alternate Phone	Correo electrónico: Email Address	
Tarjeta médica/N.º de ID del seguro: _____ Medical Card/Insurance ID #			
<input type="radio"/> CareSource <input type="radio"/> Molina <input type="radio"/> Buckeye <input type="radio"/> Paramount <input type="radio"/> United Health Care <input type="radio"/> No tiene seguro No Insurance <input type="radio"/> OTRO OTHER			
*No se le negará una prueba de COVID-19 a ningún estudiante por no poder pagarla, o por no contar con cobertura de seguro. *No Student will be denied a COVID-19 test due to inability to pay or lack of insurance.			
CONTACTO DE EMERGENCIA: EMERGENCY CONTACT	Nombre: Name	Relación: Relationship	Teléfono: Phone Number
¿Podemos dejarle un mensaje a su contacto de emergencia? Are we able to leave messages with your emergency contact?		Sí _____ Yes	No _____ No

Autorización y consentimiento para prueba de diagnóstico de Covid-19: Doy mi consentimiento y autorizo voluntariamente al Departamento de Salud de la Ciudad de Cincinnati, WinMed, Crossroad, Mercy Health, Cincinnati Children's Hospital Medical Center y Cincinnati Public Schools, en adelante, la «**CPS Collaboration**» a realizar la obtención, prueba y análisis de diagnóstico de COVID-19. Acepto y comprendo que la prueba de diagnóstico de COVID-19 de mi hijo(a) requerirá que un proveedor médico o funcionario de salud pública debidamente autorizados obtengan una muestra adecuada mediante un hisopado nasofaríngeo, hisopado bucal u otro procedimiento de obtención recomendado, siguiendo las instrucciones del fabricante. Comprendo que hay riesgos y beneficios vinculados a la realización de una prueba de diagnóstico de COVID-19 y que existe la posibilidad de resultados que sean falsos positivos o falsos negativos. Comprendo que la unidad de pruebas no actúa como proveedor médico de mi hijo(a), que esta prueba no sustituye al tratamiento por parte del proveedor médico de mi hijo(a), y asumo la completa y absoluta responsabilidad de tomar las acciones correspondientes de acuerdo al resultado de las pruebas de mi hijo(a). Si tengo alguna pregunta o inquietud, o si el estado de salud de mi hijo(a) empeora, buscaré asesoramiento médico, atención y tratamiento del proveedor médico de mi hijo(a).

Comprendo que recibiré los Procedimientos posteriores a la prueba del Departamento de Salud de Cincinnati y que me ofrecerán el Aviso de prácticas de privacidad del Departamento de Salud de Cincinnati antes de que se le haga la prueba de diagnóstico del COVID-19 a mi hijo(a).

Divulgación de los resultados de las pruebas: Comprendo y acepto que los resultados de la prueba de COVID-19 de mi hijo(a) y la información al respecto podrían ser divulgados por la CPS Collaboration para el tratamiento o la continuidad de la atención, y por el Director de Salud Municipal, que podría divulgarlos a personas o entidades, incluida Cincinnati Public Schools, con el fin de controlar, prevenir o mitigar la propagación del COVID-19.

Divulgación a autoridades del gobierno: Acepto que los resultados de la prueba de mi hijo(a) y la información al respecto se compartan con las entidades del condado, del estado, de Cincinnati Public Schools, u otros entes regulatorios, según lo permita la ley.

Divulgación: En la medida en que la ley lo permita, eximo y libero de toda responsabilidad a la **CPS Collaboration**, incluidos, sin limitarse a ellos, a sus respectivos funcionarios, directores, empleados, representantes y agentes de cualquier reclamo, responsabilidad o daño del tipo o naturaleza que sean, que surjan o estén vinculados con cualquier acto u omisión referente a la prueba de diagnóstico de COVID-19 de mi hijo(a), o la divulgación de sus resultados.

Leí, comprendo y acepto las declaraciones de este formulario. Me informaron sobre el objetivo de la prueba de diagnóstico de COVID-19, los procedimientos que se llevarán a cabo, los posibles riesgos y beneficios, y los costos asociados. Tuve la oportunidad de hacer preguntas antes de proceder con la prueba de diagnóstico de COVID-19 y comprendo que si no deseo avanzar con la obtención, prueba o análisis de una prueba de diagnóstico de COVID-19 para mi hijo(a), puedo negarme a seguir recibiendo servicios. Leí todo el contenido de este formulario y doy mi consentimiento en forma voluntaria para la realización de la prueba de COVID-19.

Firma del padre, madre o tutor legal: _____

Fecha: _____

Nombre en letra de molde del padre, madre o tutor legal: _____

Teléfono celular: _____

PROVEEDOR DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL NIÑO O NIÑA:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Fecha de la prueba: _____

Socio de salud: _____

Resultado de la prueba: _____

Nombre del proveedor: _____

Tipo de prueba: _____