



Charter School for Applied Technologies

www.csat-k12.org

Consentimiento para Pruebas de COVID-19 en la Escuela

La escuela Charter School for Applied Technologies (CSAT) está buscando su consentimiento para realizar una prueba de COVID-19 a su hijo. Si da su consentimiento, su hijo puede recibir una prueba de diagnóstico gratuita para el virus COVID-19. La prueba será administrada por una enfermera capacitada de CSAT o una agencia asociada.

La colección de una muestra para la prueba implica la inserción de un hisopo pequeño (similar a un Q-tip) en la parte frontal de la nariz.

Le notificaremos a usted y al Departamento de Salud del Condado de Erie (ECDOH) si su hijo da positivo en la prueba de COVID-19. Cualquier estudiante que dé positivo en la prueba será enviado a casa y debe seguir los criterios de ECDOH para regresar a la escuela. Debe comunicarse con el proveedor de atención médica de su hijo de inmediato para revisar los resultados y obtener instrucciones para el cuidado si su hijo da positivo en la prueba de COVID-19.

La ley del estado de Nueva York requiere que se comparta cierta información sobre su hijo con los departamentos de salud locales y estatales, incluidos los resultados de la prueba COVID, el nombre del estudiante, la fecha de nacimiento, la raza, el origen étnico, el sexo, la dirección y el número de teléfono.

Información del Estudiante:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Grado: _____

Consentimiento:

Al firmar a continuación, doy fe de que:

- He firmado este formulario libre y voluntariamente, y estoy legalmente autorizado para tomar decisiones por el niño mencionado anteriormente.
- **Doy mi consentimiento para que mi hijo se haga la prueba de COVID-19.**
- Entiendo que mi hijo puede tomar la prueba varias veces durante el año escolar 2020-2021.
- Entiendo que este consentimiento es válido hasta el 30 de Junio de 2021, a menos que revoque el consentimiento por escrito.
- Autorizo que se divulguen los resultados de las pruebas de mi hijo y otra información según lo permita la ley.
- Reconozco que una prueba COVID-19 positiva requerirá que mi hijo sea enviado a casa y siga los criterios de ECDOH antes de regresar a la escuela.
- Entiendo que esta prueba no reemplaza el tratamiento del proveedor de atención médica de mi hijo.
- Asumo toda la responsabilidad de tomar las medidas adecuadas al buscar asesoramiento médico, atención y tratamiento para mi hijo.
- Entiendo que existe la posibilidad de un resultado de prueba falso positivo o falso negativo.

Nombre del padre: _____

Firma del padre: _____

Fecha: _____ Número de contacto de los padres : _____

Elementary School // K-5

2303 Kenmore Avenue
Buffalo, New York 14207
(716) 876-7505

Middle School // 6-8

24 Shoshone Street
Buffalo, New York 14214
(716) 710-3065

High School // 9-12

2245 Kenmore Avenue
Buffalo, New York 14207
(716) 871-7400

Family Support Center

317 Vulcan Street
Buffalo, New York 14207
(716) 871-7400