



COVID-19 Release of Information and Informed Consent for Testing

Student Name:	Student DOB:
Parent/Guardian Name:	Contact Number:
Address:	
City& State:	Zip code:

PLEASE CAREFULLY READ, INITIAL AND SIGN THE FOLLOWING INFORMED CONSENT:

This consent form authorizes your child to be tested for SARS-CoV-2, the virus that causes the novel coronavirus COVID-19.

Why would my child be tested?

Your child would be tested because she/he are displaying signs or symptoms consistent with COVID-19.

How is the test conducted?

Samples for testing will be collected by using a nose swab (small swab put into the nose).

By signing this form, I agree to the following: (Please initial next to each statement and sign the bottom)

___ a. I authorize Lake Wales Charter Schools Health Services to conduct collection and testing for COVID-19 through a nasal swab, as directed by an authorized medical professional or public health official. This consent extends to all COVID-19 testing performed during the 2020- 2021 academic year.

___ b. I authorize my child's test results to be disclosed to the county, state, or to any other governmental entity as may be required by law.

___ c. I acknowledge that a positive test result is an indication that my child must self-isolate and will be excluded from in person learning until the isolation period is complete per CDC guidelines.

___ d. I understand that Lake Wales Charter Schools Health Services is not acting as my child's medical provider, this testing does not replace treatment by my medical provider, and I assume complete and full responsibility to take appropriate action when I receive my child's test results. I agree I will seek medical advice, care and treatment from my child's medical provider if I have questions or concerns, or if my child's condition worsens.

___ e. I understand that, as with any medical test, there is the potential for a false negative COVID-19 test result. If my child is symptomatic, he/she will be required to have a negative PCR COVID-19 result or an alternate diagnosis in written form from their physician before my child will be allowed back to school.

___ f. I understand that there will be no out-of-pocket cost for this testing.

I, the undersigned, have been informed about the test purpose, procedures, possible benefits and risks. I have been given the opportunity to ask questions before I sign, and I have been told that I can ask additional questions at any time.

Check one and sign below.

___ **I voluntarily consent to COVID-19 testing for my child if they are displaying COVID-19 symptoms.**

___ **I DO NOT consent to COVID-19 testing for my child.**

Printed Name of Parent/Guardian

Signature of Parent/Guardian

Date



Divulgación de información y consentimiento informado de COVID-19 para pruebas

Nombre del estudiante:	Fecha de nacimiento del estudiante:
Nombre del Padre de Familia / Guardian:	Número de contacto:
Habla a:	
Estado de la Ciudad:	Código postal:

POR FAVOR LEA DETENIDAMENTE, INICIE Y FIRME EL SIGUIENTE CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Este formulario de consentimiento autoriza a su hijo a hacerse la prueba del SARS-CoV-2, el virus que causa el nuevo coronavirus COVID-19.

¿Por qué se haría la prueba a mi hijo?

Su hijo sería examinado porque muestra signos o síntomas compatibles con COVID-19.

¿Cómo se realiza la prueba?

Las muestras para las pruebas se recolectarán usando un hisopo nasal (un hisopo pequeño que se coloca en la nariz).

Al firmar este formulario, acepto lo siguiente: (Escriba sus iniciales junto a cada declaración y firme en la parte inferior)

___ a. Autorizo a los servicios de salud de las escuelas autónomas de Lake Wales a realizar la recolección y la prueba de COVID-19 a través de un hisopo nasal, según lo indique un profesional médico autorizado o un funcionario de salud pública. Este consentimiento se extiende a todas las pruebas COVID-19 realizadas durante el año académico 2020-2021.

___ b. Autorizo que los resultados de las pruebas de mi hijo se divulguen al condado, al estado oa cualquier otra entidad gubernamental según lo requiera la ley.

___ c. Reconozco que un resultado positivo de la prueba es una indicación de que mi hijo debe aislarse por sí mismo y será excluido del aprendizaje en persona hasta que se complete el período de aislamiento según las pautas de los CDC.

___ d. Entiendo que los Servicios de Salud de las Escuelas Autónomas de Lake Wales no actúan como el proveedor médico de mi hijo, esta prueba no reemplaza el tratamiento de mi proveedor médico, y asumo la responsabilidad completa y total de tomar las medidas apropiadas cuando reciba los resultados de la prueba de mi hijo. Acepto que buscaré asesoramiento médico, atención y tratamiento del proveedor médico de mi hijo si tengo preguntas o inquietudes, o si la condición de mi hijo empeora.

___ e. Entiendo que, al igual que con cualquier prueba médica, existe la posibilidad de un resultado falso negativo de la prueba COVID-19. Si mi hijo tiene síntomas, se le pedirá que tenga un resultado de PCR COVID-19 negativo o un diagnóstico alternativo por escrito de su médico antes de que mi hijo pueda regresar a la escuela.

___ f. Entiendo que no habrá ningún costo de bolsillo por esta prueba.

Yo, el abajo firmante, he sido informado sobre el propósito de la prueba, procedimientos, posibles beneficios y riesgos. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas antes de firmar y se me ha dicho que puedo hacer preguntas adicionales en cualquier momento.

Marque uno y firme a continuación.

___ **Doy mi consentimiento voluntario para la prueba de COVID-19 para mi hijo si muestra síntomas de COVID-19.**

___ **NO doy mi consentimiento para la prueba de COVID-19 para mi hijo.**

Nombre impreso del padre / madre

Firma del padre / madre

Fecha