

## PRUEBA DE COVID – FORMA PARA CONSENTIMIENTO

Se usa esta forma para obtener el consentimiento de un estudiante o del padre o madre de familia/guardián de familia para hacer una prueba de COVID. El uso de esta forma para obtener consentimiento es voluntario.

El COVID-19 es una enfermedad infecciosa causada por una nueva cepa de coronavirus. Hay casos reportados de COVID-19 en todos los 50 estados con muchas áreas experimentando transmisión comunitaria.

La mayoría de las personas infectadas con el coronavirus experimenta síntomas leves o moderados de enfermedad respiratoria y se recupera sin requerir el tratamiento médico. Las personas de edades mayores y los con otros problemas médicos (incluso la enfermedad cardiovascular, la diabetes, la enfermedad respiratoria crónica y el cáncer) tienen más probabilidad de desarrollar enfermedad seria. Personas con el COVID-19 tienen una variedad de síntomas reportados, de síntomas leves a enfermedad seria, incluso la hospitalización y la muerte. Los síntomas pueden aparecer **entre 2-14 días después de tener contacto con el virus.**

Las señas y los síntomas del COVID-19 incluyen, pero no son limitados a:

- La tos
- Dificultad para respirar
- Fiebre
- Escalofríos
- Dolor muscular
- Dolor de garganta
- Pérdida nueva de los sentidos del olfato y del gusto

### **CONSENTIMIENTO PARA LA PRUEBA DE COVID PARA EL ESTUDIANTE**

- Leí la forma entera.
- Autorizo que mis resultados pueden ser compartidos con los departamentos de salud pública del condado y el estado o cualquier entidad requerido por la ley de Minnesota.
- Autorizo mis resultados al Equipo de Seguimiento de Contactos de las Escuelas Públicas de Minneapolis.
- Entiendo que un resultado positivo indica que estoy infectado/a con el COVID-19 y que necesito aislarme para seguir las recomendaciones del departamento local de salud pública para no infectar a otras personas.
- Entiendo que hay la posibilidad para un resultado positivo que es falso o un resultado negativo que es falso, como con cualquier prueba médica.
- Me informaron acerca del propósito de la prueba, el procedimiento, los beneficios y los riesgos y recibí una copia de este consentimiento informado. Tuve la oportunidad para hacer preguntas antes de firmar y entiendo que tengo la oportunidad hacer más preguntas antes de firmar. Estoy de acuerdo obtener una prueba de COVID hoy.

Identificación estudiantil:	Nombre del estudiante (letra molde):
Fecha de Nacimiento del estudiante:	Firma del estudiante          Fecha firmada (Mes/Día/Año)
Firma del padre/madre/guardián          Fecha (Mes/Día/Año)	Número telefónico celular del estudiante: