

FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO DO ALUNO PARA TESTES OPCIONAIS COVID-19**A SER COMPLETADO PELOS PAIS/ TUTOR****Informações dos Pais/Tutor**

O Distrito Escolar de Nashua (NSD) oferece o teste rápido de antígeno COVID-19 para alunos do ensino fundamental e médio que apresentam sintomas de COVID enquanto estão na escola. Um teste rápido COVID-19 é um teste de antígeno que pode detectar rapidamente a presença de infecção atual. O teste rápido de antígeno é para pessoas com sintomas e dentro de um período de tempo específico após o início dos sintomas. A NSD exige que os pais, responsáveis e alunos maiores de 18 anos forneçam consentimento formal para realizar o teste COVID-19 na escola, assinando este formulário abaixo.

Pai/Tutor Nome de impressão:	
Pai/Tutor Célula /Mobile #:	
Pai/Tutor Endereço eletrônico:	

Informações sobre crianças/estudantes

Nome de impressão de crianças/estudantes:					
Nível de serie:					
Data de nascimento: (MM/DD/YYYY)					
Endereço:		Cidade:		Código Postal:	
Raça (escolha um):	<input type="checkbox"/> Índio Americano/Alasca Nativo <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Preto/Africano Americano <input type="checkbox"/> Nativo Havaiano/Pacific Islander <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Prefiro Não dizer				
Etnia (escolha um):	<input type="checkbox"/> Hispânico ou Latinox <input type="checkbox"/> Não hispânico ou latinx <input type="checkbox"/> Prefiro não dizer	Gênero: (se mais de uma opção se aplicar, selecione Outro)	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Transgênero <input type="checkbox"/> Fêmea <input type="checkbox"/> Não binários <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Desconhecidos <input type="checkbox"/> Prefiro não dizer		

CONSENTIMENTO

Ao preencher e enviar este formulário, confirmo que sou o pai, responsável ou pessoa legalmente autorizada a fornecer consentimento e:

- A. Eu autorizo a coleta e o teste de uma amostra do meu aluno para o COVID-19 na escola. Eu entendo que a escola do meu aluno determinará quais tipos de teste são oferecidos ao meu aluno e me informará sobre os serviços que a escola está administrando antes do início ou qualquer alteração do programa de testes COVID-19 da escola.
 - i. O teste atual oferecido é o teste Abbott BinexNow COVID-19 Rapid Antigen. O tipo de teste pode estar sujeito a alterações com base na disponibilidade do suprimento.
- B. Eu entendo que a escola está fornecendo testes individuais em indivíduos sintomáticos: para quando os indivíduos apresentam sintomas enquanto estão na escola.
- C. Eu entendo que meu aluno deve ficar em casa se não se sentir bem e não deve ser enviado à escola para fins de teste
- D. Serei notificado antes de meu aluno receber um teste.
- E. Eu entendo que o tipo de amostra será não invasivo, com cotonetes nasais curtos.
- F. Eu entendo que serei notificado sobre os resultados de qualquer teste individual para COVID-19 realizado em meu aluno.
- G. Eu entendo que existe a possibilidade de um resultado de teste COVID-19 falso positivo ou falso negativo, não importa o tipo de teste que está sendo realizado. Dado o potencial para um falso negativo, eu entendo que meu aluno deve continuar a seguir todas as orientações de segurança do COVID-19 e seguir os protocolos da escola para isolamento e teste no caso de o aluno desenvolver sintomas de COVID-19.
- H. Eu reconheço que um resultado de teste **positivo** exigirá que meu aluno fique em casa, sem ir à escola, e é altamente recomendável que ele se isole e continue usando uma máscara ou cobertura facial conforme as instruções, em um esforço para evitar infectar outras pessoas.

- I. Eu entendo que o sistema escolar não está agindo como o provedor médico do meu aluno, este teste não substitui o tratamento pelo provedor médico do meu aluno e assumo total e total responsabilidade por tomar as medidas adequadas em relação aos resultados do teste do meu aluno. Eu entendo que a escola recomenda fortemente que eu busque aconselhamento médico, cuidados e tratamento do provedor médico do meu aluno se eu tiver dúvidas ou preocupações, ou se a condição deles piorar. Eu entendo que sou financeiramente responsável por qualquer cuidado que meu aluno receba de seu provedor de saúde.
- J. Eu entendo que o teste COVID-19 pode criar informações protegidas de saúde (PHI) e outras informações pessoalmente identificáveis do aluno, e tais informações só serão acessadas, usadas e divulgadas de acordo com a HIPAA e a legislação aplicável.
- K. Eu entendo que a participação no teste COVID-19 exigirá que a escola divulgue a identidade, dados demográficos e informações de contato do meu aluno ao Departamento de Saúde e Serviços Humanos de New Hampshire, Divisão de Saúde Pública, de acordo com a lei estadual RSA 141-C: 7 e RSA 141-C: 8. Eu autorizo minha escola a divulgar tais informações de identificação pessoal (PII) conforme necessário para que meu aluno participe do teste COVID-19.
- L. Eu entendo que a equipe de enfermagem que administra todos os testes COVID-19 recebeu treinamento sobre a administração segura e adequada do teste. Concordo que nem o administrador do teste, nem o Distrito Escolar de Nashua, nem qualquer um de seus curadores, dirigentes, funcionários ou patrocinadores da organização são responsáveis por qualquer acidente ou lesão que possa ocorrer pela participação no programa de teste COVID-19.
- M. Eu entendo que autorizar esses testes COVID-19 para meu aluno é opcional e que posso me recusar a dar essa autorização, caso em que meu aluno não será testado.
- N. Eu entendo que posso mudar de ideia e cancelar esta permissão a qualquer momento, mas que tal cancelamento é apenas voltado para o futuro e não afetará as informações divulgadas anteriormente. Para cancelar esta permissão para o teste COVID-19, preciso entrar em contato com a enfermeira da escola.

Eu, abaixo assinado, fui informado sobre o propósito, procedimentos, possíveis benefícios e riscos do teste COVID-19 e recebi uma cópia deste consentimento informado. Tive a oportunidade de fazer perguntas antes de assinar, e fui informado que posso fazer perguntas adicionais a qualquer momento. Eu voluntariamente concordo com este teste para COVID-19 para meu aluno.

Assinatura do Pai/Tutor:

Data: