

La Iniciativa de Acción de Clúster (Cluster Action Initiative) del gobernador Andrew Cuomo y el Departamento de Salud del Estado de Nueva York (NYSDOH) requiere que las escuelas que se encuentran en una zona designada amarilla, naranja o roja evalúen porcentajes específicos de estudiantes, maestros y personal en persona para detectar COVID-19 en para continuar con clases en persona.

El Distrito Escolar de la Ciudad de Jamestown está solicitando su consentimiento para hacer la prueba de COVID-19 a su hijo. Si usted da su consentimiento, su hijo puede recibir una prueba de diagnóstico gratuita para el virus COVID-19 para ser administrada por una enfermera de la escuela u otro personal de la escuela capacitado por el Departamento de Salud del Condado de Chautauqua. Se utilizará una prueba rápida de COVID-19, que consiste en insertar un hisopo pequeño, similar a un Q-Tip, en la parte delantera de la nariz.

Le notificaremos si su hijo da positivo por COVID-19. Cualquier estudiante que dé positivo en la prueba será enviado a casa y debe permanecer en casa hasta que cumpla con los criterios del Departamento de Salud del Condado de Chautauqua para regresar a la escuela. Comuníquese con el médico de su hijo de inmediato para revisar los resultados de la prueba en caso de que su hijo dé positivo por COVID-19.

La ley requiere y / o permite que cierta información sobre su hijo se comparta con las agencias de salud pública del condado de Chautauqua y el estado de Nueva York y los proveedores de servicios contratados. Esto incluye notificar al Departamento de Salud del Condado de Chautauqua sobre los resultados de COVID-19 de cada estudiante que se somete a la prueba, incluido el nombre del estudiante, fecha de nacimiento, raza, origen étnico, sexo, dirección, número de teléfono y resultado de la prueba COVID-19. El intercambio de información solo ocurrirá de acuerdo con las leyes y políticas aplicables que protegen la privacidad de los estudiantes.

Para ser completado por el padre / guardián:

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Grado: _____

Al firmar a continuación, certifico que:

- He firmado este formulario libre y voluntariamente, y estoy legalmente autorizado para tomar decisiones por el niño mencionado anteriormente.
- Autorizo al Distrito Escolar de la Ciudad de Jamestown a hacer pruebas a mi hijo para detectar la infección por COVID-19.
- Entiendo que mi hijo puede ser evaluado varias veces durante el año escolar 2020-2021.
- Entiendo que este consentimiento será válido hasta el 30 de junio de 2021, a menos que revoque dicho consentimiento por escrito.
- Autorizo que los resultados de las pruebas de mi hijo y otra información se divulguen al Departamento de Salud y a otras agencias o proveedores de servicios contratados según lo requiera la ley.
- Reconozco que un resultado positivo de la prueba requerirá que mi hijo sea enviado a casa desde la escuela y que permanezca en casa hasta que cumpla con los criterios para regresar a la escuela según el Departamento de Salud.
- Entiendo que esta prueba no reemplaza el tratamiento del proveedor médico de mi hijo y asumo la responsabilidad total de tomar las medidas adecuadas con respecto a los resultados de la prueba de mi hijo. Si tengo preguntas o inquietudes, o si mi hijo se enferma o su condición empeora, acepto que buscaré consejo médico, atención y tratamiento para mi hijo de su proveedor médico.
- Entiendo que, como cualquier prueba médica, existe la posibilidad de un resultado falso positivo o falso negativo de la prueba COVID-19.

Nombre del padre / tutor: _____ Teléfono: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Envíe este formulario a la escuela de su hijo antes del martes 22 de diciembre.