



La Grange School District 105

Empowering students to make a difference in our world by assisting them to be self directed, passionate, lifelong learners.

Forma de Consentimiento para la Prueba Voluntaria de Riesgos de COVID-19 para los Estudiantes

Este consentimiento le provee al Distrito Escolar 105 de LaGrange, su permiso para realizar una prueba semanal no diagnóstica "RT-LAMP" para COVID-19 a su niño(a) como parte de nuestro procedimiento de prevención basado en la necesidad del distrito de mantener un ambiente seguro para el personal, los estudiantes y otras personas esenciales con las que usted puede entrar en contacto.

La prueba no invasiva, consiste en una pequeña colección de saliva, mediante la cual la saliva será recogida por la persona realizando la prueba, en un recipiente estéril. La saliva se analizará para indicar la presencia potencial de COVID-19. Las muestras de saliva se utilizarán con el único propósito de realizar esta prueba. Las muestras se destruirán después de realizar la prueba de manera apropiada. Los resultados obtenidos se utilizarán con el fin de prevención en el distrito 105, como se describe en el presente documento. Los resultados individuales o en grupo, no se publicarán bajo ninguna circunstancia.

El tiempo para saber los resultados es de menos de 4 horas. El distrito anticipa tener la habilidad de analizar las pruebas colectadas el mismo día para proveer resultados. Si los resultados muestran alguna importancia clínica, una enfermera del distrito lo llamará por la noche o a primera hora de la mañana. En caso de que la prueba indique una posible presencia de COVID-19, se le notificará de " los resultados de posible interés clínico" y se le aconsejara que se ponga en contacto con su médico para realizar pruebas adicionales. Es posible que la prueba por sí sola no sea suficiente para detectar o descartar la posibilidad de que haya estado expuesto o esté infectado con COVID-19. Por esta razón, el distrito manejará los resultados de posible importancia clínica de la misma manera que estamos manejando los resultados de las medidas de prevención y seguridad que estamos actualmente usando, tales como toma de temperatura, o síntomas parecidos al COVID-19. Las personas que reciban una notificación de resultados de importancia clínica deberán permanecer en casa y autoaislarse hasta que sean aprobados a través de los protocolos de pruebas de diagnóstico aprobados por la FDA y un resultado negativo de la prueba, o después del período de cuarentena requerido de 14 días y sin fiebre durante 24 horas, o según lo requiera el Departamento de Salud Pública de Illinois.

Usted tiene el derecho de hablar acerca de las pruebas propuestas con su doctor, para aprender sobre el propósito, los riesgos potenciales y los beneficios de cualquier prueba. De todas maneras, usted debe monitorear cuidadosamente los síntomas de su hijo(a) y, a pesar de los resultados de cualquier prueba, su hijo debe permanecer en casa y se le aconseja una consulta con su médico si su hijo(a) experimenta algún síntoma de COVID-19.



La Grange School District 105

Empowering students to make a difference in our world by assisting them to be self directed, passionate, lifelong learners.

Al firmar a continuación, usted

- (1) Da consentimiento voluntario de practicar este procedimiento a su hijo para la detección no diagnóstica de un resultado clínicamente significativo que podría indicar la presencia de COVID-19, y
- (2) da consentimiento voluntario para recoger semanalmente la muestra de saliva con el único propósito de hacer esta prueba desde la semana del 19 de octubre al 14 de diciembre del 2020, y
- (3) reconoce que si su hijo se reporta a la oficina con síntomas de COVID-19 durante el día en la escuela, nosotros lo contactaremos a usted para un permiso voluntario adicional para poder realizar pruebas fuera del horario normal de las pruebas semanales, y
- (4) da consentimiento voluntario para compartir la información de posible importancia clínica con la oficina de la enfermera del distrito, la cual mantendrá esta información de la misma manera como el distrito mantiene otra información relacionada con la salud, como los resultados de exámenes de vista y audición, y registros de administración de algunos medicamentos.
- (5) Si en algún momento usted decide rechazar este consentimiento, su rechazo debe ser recibido en el distrito por escrito, indicando su deseo de rechazo de consentimiento para que su hijo participe en la administración semanal de la prueba descrita arriba.

Nombre del estudiante: _____

Nombre del padre: _____

Escuela: _____

Firma del padre: _____

Número de teléfono para comunicarnos con usted: _____

Fecha: _____