



## **School District 105**

**Countryside • Hodgkins • La Grange**

701 S. Seventh Ave.

La Grange IL 60525-2798

Phone: (708) 482-2700

Fax: (708) 482-2727

Website: [www.d105.net](http://www.d105.net)

### **Formulario de consentimiento para publicación de pruebas y registros de COVID-19 del Distrito Escolar 105 de La Grange**

#### **¿Qué es este formulario?**

Estamos buscando el consentimiento para hacerle la prueba a usted (miembro del personal)/su hijo (padre/tutor) para detectar la infección por COVID-19. El Distrito Escolar 105 de La Grange ("Distrito Escolar") se ha asociado con la Universidad de Illinois ("Socio en las pruebas") para usar la prueba SHIELD Illinois RT-PCR COVID-19 para realizar pruebas rutinarias a personas, miembros del personal y estudiantes vacunados y no vacunados, y realizar pruebas más frecuentes en situaciones que cumplen con el estado de varios casos (brote) (cinco o más casos vinculados epidemiológicamente que no comparten el mismo hogar y no figuran como contactos cercanos entre sí fuera del entorno del brote).

El Distrito Escolar se ha asociado con el Departamento de Salud Pública del Condado Cook ("CCDPH") para usar la prueba de antígeno Covid-19 de Abbott BinaxNOW para personas (vacunadas y no vacunadas) que se presentan a las oficinas de enfermería de la escuela con síntomas durante el horario escolar regular.

#### **¿Con qué frecuencia se harán las pruebas a las personas?**

##### **SHIELD Illinois:**

Las personas serán examinadas en la escuela una vez por semana

En tiempos de estatus de brote, las pruebas se pueden hacer con más frecuencia a las personas durante un período de tiempo específico dependiendo de las circunstancias y en función de las recomendaciones vigentes en ese momento del Departamento de Salud Pública de Illinois ("IDPH") / CCDPH.

##### **BinaxNOW:**

En el momento de una visita a la oficina de enfermería escolar por parte de una persona con uno o más de los síntomas de COVID-19 del IDPH actualmente reconocidos (individuos vacunados y no vacunados).

#### **¿Qué es la prueba?**

##### **SHIELD Illinois:**

Si se proporciona el consentimiento, usted (miembro del personal) /su hijo (padre/tutor) recibirá una prueba de diagnóstico gratuita para el virus COVID-19 realizada mediante la recolección de saliva, y facilitada por un equipo de recolecciones externo.



**THE D105 DIFFERENCE**

Gurrie • Hodgkins • Ideal • Seventh Avenue • Spring Avenue

**BinaxNOW:**

Si se proporciona el consentimiento, usted (miembro del personal) /su hijo (padre/tutor) recibirá una prueba de diagnóstico de antígenos gratuita para el virus COVID-19 realizada mediante la recolección de un hisopo nasal y facilitada por una enfermera escolar.

<https://www.youtube.com/watch?v=QpdOsXvh2nE>

Tenga en cuenta que puede haber ocasiones en que un resultado negativo de BinaxNOW puede requerir que el estudiante sea recogido en la escuela debido al tipo de síntoma (s) presente (s) y puede requerir que se complete una prueba de confirmación en una instalación externa o la finalización de un período de aislamiento de 10 días (si no se completa la prueba confirmatoria). Esto puede ser cuando lo requiera el CCDPH debido a los altos niveles de transmisión comunitaria, si la escuela está experimentando un brote, si el individuo ha tenido contacto cercano con un caso de COVID-19, o cuando los resultados combinados con síntomas y factores de riesgo lo justifican en base a la evaluación de la enfermera escolar. Los requisitos para las pruebas de confirmación están sujetos a cambios basados en nuevos hallazgos.

**¿Cómo sabré si yo (miembro del personal)/mi hijo (padre/tutor) doy positivo?****SHIELD Illinois:**

Usted recibirá acceso a los resultados de las pruebas de su (miembro del personal) / su hijo (padre / tutor) a través de una plataforma en línea sobre la que le enviaremos información por separado en correspondencia futura. El Distrito Escolar también recibirá los resultados de su prueba (miembro del personal)/su hijo (padre/tutor). El Distrito Escolar o el Equipo de Colecciones externo le notificarán por separado de cualquier resultado positivo.

**BinaxNOW:**

El miembro del personal / padres / tutores recibirán una llamada de la oficina de enfermería de la escuela

**¿Qué debo hacer al recibir los resultados de la prueba de mi (miembro del personal)/mi hijo (padre/tutor)?**

Si los resultados de la prueba de mi hijo (padre/tutor) son positivos, comuníquese con su proveedor de atención médica de inmediato para revisar los resultados de la prueba y discutir los próximos pasos. Por favor, también discuta los resultados con la oficina de enfermería de su escuela o Samantha Dellaportas, enfermera escolar certificada por el Distrito. Los miembros del personal no pueden presentarse al trabajo y las familias no pueden enviar a los niños de vuelta a la escuela sin cumplir con los requisitos del IDPH aquí: <https://www.isbe.net/Documents/IDPH-COVID19-Exclusion-Decison-Tree.pdf> (Inglés) <https://www.isbe.net/Documents/IDPH-Decision-Tree-Spanish.pdf> (Español)

Si los resultados de la prueba de usted (miembro del personal)/su hijo (padre/tutor) son negativos, esto significa que el virus COVID-19 no se detectó en la saliva (escupir) o en el hisopo nasal. Si usted (miembro del personal)/su hijo (padre/tutor) no tiene síntomas de COVID-19, puede continuar asistiendo a la escuela. Sin embargo, las pruebas a veces producen resultados negativos incorrectos llamados "falsos negativos" en personas que tienen COVID-19. Si usted (miembro del personal)/su hijo (padre/tutor) tiene algún síntoma de COVID-19 o ha tenido contacto cercano con una persona infectada con COVID-19, usted (miembro del personal)/su hijo (padre/tutor) puede necesitar permanecer en casa dependiendo de síntomas

específicos, exposición y si se necesitará una prueba confirmatoria. Discuta esto con la enfermera de la escuela de su hijo.

**¿Quién recibirá los resultados de las pruebas del (Empleado) mi hijo (padre/tutor)?**

Además de recibir los resultados de las pruebas de su (miembro del personal)/de su hijo (padre/tutor), el Distrito Escolar y el IDPH también recibirán los resultados de las pruebas de su (miembro del personal)/de su hijo (padre/tutor), de acuerdo con la guía del IDPH y el Código de Control de Enfermedades Transmisibles de Illinois.

**Para ser completado por el miembro del personal o el padre / tutor del niño**

<b><u>Información Padre/Guardián</u></b>	
Se requieren todas las secciones– Por favor escribir claro	
Nombre del Padre/Guardián:	
Dirección del Padre/Guardián:	
Numero de teléfono/celular del Padre/Guardián:	
Correo electrónico del Padre/Guardián:	
Mejor manera de contactarlo a usted:	
<b><u>Información Empleado/Niño/Estudiante</u></b>	
Se requieren todas las secciones – Favor escribir claro	
Nombre del Empleado / Estudiante:	
Fecha de nacimiento del Empleado / Estudiante:	
Escuela del Empleado/Estudiante:	
Dirección del Hogar del Empleado:	

Al firmar a continuación, doy fe de que:

He firmado este formulario libre y voluntariamente, y estoy legalmente autorizado para tomar decisiones por mí mismo (miembro del personal) o en nombre de mi hijo (padre / tutor) mencionado anteriormente.

Entiendo que los resultados de las pruebas de mi (miembro del personal) / mi hijo (padre / tutor) y otra información pueden divulgarse según lo permita la ley.

Doy mi consentimiento para mí (miembro del personal) o para que mi hijo (padre / tutor) se someta a la prueba de infección por COVID-19 (**seleccione todos los que correspondan**):

\_\_\_\_\_ Doy mi consentimiento para las pruebas de detección semanales utilizando la prueba SHIELD Illinois. Entiendo que yo (miembro del personal) / mi hijo (padre / tutor) se hará la prueba varias veces durante el año escolar 2021-2022, y que las pruebas se realizarán una vez por semana.

\_\_\_\_\_ NO doy mi consentimiento a las pruebas semanales, pero ÚNICAMENTE doy mi consentimiento a las pruebas si yo (miembro del personal) /mi hijo (padre / tutor) está involucrado en un episodio designado como muchos brotes, utilizando la prueba SHIELD Illinois.

\_\_\_\_\_ Doy mi consentimiento para hacerme la prueba si yo (miembro del personal)/mi hijo (padre/tutor) se presenta a la oficina de enfermería de la escuela con algún síntoma similar a COVID-19, usando la prueba BinaxNOW.

\_\_\_\_\_ NO doy mi consentimiento para la prueba si yo (miembro del personal) / mi hijo (padre/tutor)se presenta a la oficina de enfermería de la escuela con cualquier síntoma similar a COVID-19 usando la prueba BinaxNOW.

Entiendo que este formulario de consentimiento será válido a través del año escolar 2021-2022, a menos que notifique por escrito a la persona de contacto designada en la escuela de mi (miembro del personal) / mi hijo (padre / tutor) que revoque mi consentimiento.

Firma del Padre/Guardián (si el niño es menor de 18 años):		Fecha:
Firma del Empleado (si tiene 18 años o más)		Fecha: