

Granbury ISD se toma muy en serio la salud y la seguridad de nuestros estudiantes y sus familias. Como tal, además de los pasos para detectar el virus y prevenir su propagación en un campus, estamos agregando un programa voluntario de prueba de COVID-19 para estudiantes k-12. Este programa utiliza las pruebas BinaxNow de Abbott Laboratories proporcionadas por el gobierno federal. Solo daremos la prueba con su consentimiento. Si está dispuesto a dar su consentimiento para que le administremos esta prueba a su hijo, complete este formulario.

¿Qué es la prueba?

Si su hijo presenta síntomas compatibles con COVID-19, con su consentimiento, su hijo recibirá una prueba rápida BinaxNOW gratuita para el virus COVID-19. La recolección de una muestra para la prueba implica el uso de un hisopo, colocado dentro de la punta de la nariz. Un miembro del personal de la escuela que haya sido capacitado para usar esta prueba recolectará la muestra y realizará la prueba. Los resultados de las pruebas estarán disponibles para el padre / tutor que firme este formulario a continuación. Los resultados están disponibles en 15 minutos. Las pruebas son **completamente opcionales** para los estudiantes. Sin embargo, los estudiantes pueden ser enviados a casa en el protocolo COVID-19 del distrito si el estudiante no es evaluado. Esperamos que elija hacerse la prueba para mantener nuestras escuelas lo más saludables y seguras posible. Esta prueba se ofrece en adición a los protocolos de seguridad existentes, como el uso de máscaras, el distanciamiento social y la desinfección frecuente de superficies

¿Qué debo hacer cuando reciba los resultados de la prueba de mi hijo?

Si su hijo da positivo por el virus, lo trasladarán a un salón alejado de otros estudiantes y del personal hasta que pueda recogerlo de la escuela. Le pedimos que mantenga a su hijo en casa hasta que finalice el período de infección (normalmente, después de que los síntomas mejoren y al menos 10 días desde la fecha en que aparecen los primeros síntomas) y su hijo ya no sea contagioso. Si los resultados de la prueba de su hijo son negativos, el virus no se encontró en la muestra analizada y su hijo puede seguir asistiendo a la escuela. En una pequeña cantidad de casos, las pruebas a veces producen resultados incorrectos, mostrando resultados negativos (llamados "falsos negativos") en personas que tienen COVID-19 o mostrando resultados positivos (llamados "falsos positivos") en personas que no tienen COVID-19. Si su hijo da negativo en la prueba, pero tiene síntomas de COVID-19, o si le preocupa la exposición de su hijo al COVID-19, debe llamar al médico de su hijo, a una autoridad médica autorizada o al departamento de salud local.

Síntomas conocidos

Las personas con COVID-19 han reportado una amplia gama de síntomas, que van desde síntomas leves hasta enfermedades graves. Los síntomas pueden aparecer de 2 a 14 días después de la exposición al virus. Las personas con estos síntomas pueden tener COVID-19:

- Sensación de fiebre o una temperatura medida mayor o igual a 100.0 grados Fahrenheit
- Pérdida del gusto o el olfato
- Tos
- Respiración dificultosa
- Dificultad para respirar
- Fatiga
- Dolor de cabeza
- Resfriado
- Dolor de garganta
- Congestión o secreción nasal.
- Temblores o escalofríos exagerados
- Dolor o dolor muscular significativo
- Diarrea
- Náuseas o vómitos

Esta lista no incluye todos los síntomas posibles

Descargo de responsabilidad:

Si bien sabemos que se tomarán precauciones para la seguridad de los estudiantes, comprenda que ni el administrador de la prueba ni Granbury ISD, ni ninguno de sus fideicomisarios, funcionarios, empleados o patrocinadores de la organización son responsables de cualquier accidente o lesión que pueda ocurrirle a su hijo. como resultado de aceptar la prueba.

PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE, TUTOR O ESTUDIANTE ADULTO
Información del padre / tutor

Se le notificará con los resultados de la prueba ya sea por teléfono celular o correo electrónico, o ambos.

Padre/tutor Imprimir nombre:	
Padre/tutor Cell/# deMobile:	
Padre/tutor dirección de correo electrónico:	

Información del niño / estudiante

Imprimir nombre del niño/estudiante:			
# de identificación escolar :			
# de licencia: (si es aplicable)			
Dirección:	ciudad:	estado:	
Código postal:	Condado:		
escuela:		nivel de grado:	
fecha de nacimiento: (MM/DD/YYYY)		edad:	
Raza/origen étnico:	<input type="checkbox"/> asiático <input type="checkbox"/> hispano <input type="checkbox"/> Nativo americano / indígena <input type="checkbox"/> negro <input type="checkbox"/> blanco <input type="checkbox"/> otro	género:	<input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otro

Consentimiento

Al firmar a continuación, doy fe de que:

- Autorizo al sistema escolar a realizar recolecciones y pruebas de mi hijo o de mí (si es un estudiante mayor de 18 años) para detectar COVID-19 mediante un hisopo nasal.
- Reconozco que un resultado positivo en la prueba es una indicación de que mi hijo debe aislarse por sí mismo y también continuar usando una máscara o una cubierta facial como se indica en un esfuerzo por evitar infectar a otros.
- Entiendo que el sistema escolar no actúa como el proveedor médico de mi hijo, esta prueba no reemplaza el tratamiento por parte del proveedor médico de mi hijo y asumo la responsabilidad total y total de tomar las medidas adecuadas con respecto a los resultados de la prueba de mi hijo. Acepto que buscaré asesoramiento médico, atención y tratamiento del proveedor médico de mi hijo si tengo preguntas o inquietudes, o si su condición empeora.
- Entiendo que, al igual que con cualquier prueba médica, existe la posibilidad de un resultado falso positivo o falso negativo de la prueba COVID-19.

Yo, el abajo firmante, he sido informado sobre el propósito de la prueba, los procedimientos, los posibles beneficios y riesgos, y he recibido una copia de este Consentimiento informado. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas antes de firmar y se me ha dicho que puedo hacer preguntas adicionales en cualquier momento. Acepto voluntariamente esta prueba para COVID-19.

Firma de Padre/ tutor:		Fecha:	
-------------------------------	--	---------------	--