



Consent Form for Minors Undergoing COVID-19 TESTING

Maestro/a de salón de clases

Fecha de la prueba

Como padre o tutor del estudiante menor mencionado a continuación, autorizo a la escuela / distrito escolar de mi hijo y al personal profesional asociado a recolectar y analizar una muestra de dicho estudiante para detectar la presencia de SARS-CoV-2.

Las pruebas que se utilizan son OSANG Healthcare, GeneFinder™ COVID-19 Plus RealAmp Test. Que detecta el SARS-CoV-2 con una sensibilidad del 100% utilizando objetivos de genes triples (E, N y RdRp) con controles positivos, negativos e internos y/o el kit de detección Rapid Antigen GenBody COVID19 AG para SARS-CoV-2 Antigen.

Además, entiendo los riesgos potenciales de este procedimiento como mínimo, pero podría incluir:

- Posibles molestias u otras complicaciones que pueden ocurrir durante la recolección de muestras.
- Posibles resultados de la prueba falsos positivos, falsos negativos o inconclusos.

Los posibles beneficios incluyen:

- El resultado, junto con otra información, puede ayudarnos a tomar decisiones informadas sobre su participación y posibles necesidades de atención médica.
- Los resultados de esta prueba pueden ayudar a limitar la propagación del COVID-19 a su familia y otras personas en su comunidad y la comunidad del campus.

Nombre y apellido del estudiante

Fecha de nacimiento del estudiante

Seguro Primario

Número de grupo y póliza

No asegurado

Nombre del tutor (Imprime claramente)

Firma del tutor

Fechas: