



Consent Form for Minors Undergoing COVID-19 TESTING

Student First Name

Homeroom Teacher

Last Name

Testing Approval Date

As the parent or guardian of the minor student named below, I authorize my child's school/School District and the associated professional personnel to collect and test a sample from said student as frequently as required and/or requested for the presence of SARS-CoV-2 until further notice by the parent or guardian.

The tests being used are the OSANG Healthcare, GeneFinder™ COVID-19 Plus RealAmp Test. Which detects SARS-CoV-2 with 100% sensitivity using triple gene targets (E, N & RdRp) with positive, negative, and internal controls **and/or** Rapid Antigen GenBody COVID19 AG Detection Kit for SARS-CoV-2 Antigen.

Furthermore, I understand the potential risks of this procedure a minimum but could include:

- Possible discomfort or other complications that can happen during sample collection.
- Possible false positive, false negative or inconclusive test results.

Potential benefits include:

- The result, along with other information, can help us make informed decisions about your participation and potential health care needs.
- The results of this test may help limit the spread of COVID-19 to your family and others in your community and the campus community

Student Date of Birth

Primary Insurance

Group & Policy Number

Not Insured

Guardian Name
(Print Clearly)

Guardian Signature

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 con la frecuencia requerida y / o solicitada para la presencia de SARS-CoV- 2 hasta nuevo aviso por parte del padre o tutor.

Las pruebas que se utilizan son OSANG Healthcare, GeneFinder™ COVID-19 Plus RealAmp Test. Que detecta SARS-CoV-2 con 100% de sensibilidad utilizando objetivos de genes triples (E, N y RdRp) con positivo, negativo, y controles internos y / o el kit de detección Rapid Antigen GenBody COVID19 AG para el antígeno SARS-CoV-2. Además, entiendo los riesgos potenciales de este procedimiento como mínimo, pero podrían incluir:

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

Los beneficios potenciales 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.

Student First & Last Name

Student Date of Birth

Primary Insurance

Group & Policy Number

Not Insured

Guardian Name (Print Clearly)

Guardian Signature

Date: