

Distrito Escolar Independiente de Weimar
Formulario de Consentimiento y Examen BinaxNOW COVID-19 Ag CARD

El Distrito Escolar Independiente de Weimar toma muy en serio la salud y seguridad de nuestros estudiantes. Solo probamos con su consentimiento. Si está dispuesto a darnos su consentimiento para que le administremos la prueba rápida BinaxNOW COVID-19 Ag CARD y envíe los resultados a la prueba rápida de Texas, complete este formulario.

Campus: Escuela secundaria de Weimar Escuela secundaria de Weimar La escuela primaria de Weimar

Número de licencia de conducir de: _____ (Escanear a txprapidtexas.org Sí No)

Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: Hombre Mujer

Raza / Etnia: Blanco Hispano Negro Nativo Americano Asiático Otro: _____

Correo electrónico: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Condado: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Por favor conteste lo siguiente :

- ¿Es esta la primera prueba (de cualquier tipo) que le han hecho para la prueba de COVID-19? SÍ NO (Vea a continuación)
 - SI NO, ¿qué tipo de prueba se ha realizado antes? PCR Antígeno Anticuerpo
 - SI NO, ¿cuál es la fecha de la última prueba? _____
- ¿Tiene algún síntoma de COVID-19? SÍ NO (asintomático) En
 - caso afirmativo, marque todos los síntomas que correspondan y **enumere la fecha en que comenzaron los síntomas:** _____
 - Fiebre superior a 100,0 °F Sensación de fiebre Escalofríos Tos
 - Dificultad para respirar Dificultad para respirar Fatiga Dolor de cabeza
 - Dolor musculares / corporales Pérdida del gusto Pérdida del olfato
 - Dolor de garganta
 - Congestión nasal Moqueo nasal Náuseas Vómitos
 - Diarrea

Con el signo a continuación, doy fe de que:

- A. Autorizo al Distrito Escolar Independiente de Weimar a realizar recolecciones, pruebas e informes sobre mí para detectar COVID-19 mediante un hisopo nasal.
- B. Reconozco que un resultado positivo de la prueba es una indicación de que debo aislarme y ponerme en cuarentena durante 10 días según las pautas de los CDC y DSHS.
- C. Entiendo que Weimar ISD no actúa como mi proveedor médico, esta prueba no reemplaza el tratamiento de mi proveedor médico, y asumo la responsabilidad total y completa de tomar las medidas apropiadas con respecto a los resultados de mi prueba. Acepto que buscaré asesoramiento médico, atención y tratamiento de mi proveedor médico si tengo preguntas o inquietudes, o si mi afección empeora.
- D. 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.

Me han informado sobre el propósito, el procedimiento, 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 del estudiante (18 años o mayor) _____ Fecha: _____

tutor / estudiante Firma del(menores): _____ Fecha: _____

Solo para uso de la oficina:

Resultados de la prueba:

Número de la:

Prueba completada por:

Fecha: