

NOTIFICACIÓN DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN

La ley permite que cierta información sobre su hijo se comparta con y entre algunas agencias de Puerto Rico y proveedores de servicios contratados, incluyendo los mencionados abajo. Esta información se compartirá solamente con fines de salud pública, lo que puede incluir notificar a los contactos cercanos de su hijo que hayan estado expuestos al COVID-19 y tomar otras medidas para prevenir una mayor propagación del COVID-19 en su escuela. La información sobre su hijo que pudiera compartirse incluye el nombre de su hijo y los resultados de la prueba COVID-19, fecha de nacimiento, edad, sexo, nombre de la escuela, maestro(s), salón/cohorte/grupo, historial de matrícula, asistencia, y horario extendido en la escuela u otro programa, nombres de otros miembros de la familia o tutores, dirección, teléfono, número de teléfono celular y dirección de correo electrónico. El intercambio de información sobre su hijo se hará únicamente en acuerdo con las leyes y políticas aplicables que protegen la privacidad de los estudiantes y la seguridad de los datos de su hijo.

Distrito Escolar

DE – Departamento de Educación

DS – Departamento de Salud

Personal llevando a cabo las pruebas para COVID-19

CONSENTIMIENTO

ACEPTO y doy mi consentimiento para que a mi hijo se le realicen pruebas de antígenos para COVID-19.

Deseo estar presente al momento de la toma de la muestra: Iniciales del padre/madre /tutor: _____

Autorizo a tomar la muestra sin mi presencia: Iniciales del padre/madre /tutor: _____

Al firmar a continuación, doy fe que:

- He firmado este formulario libre y voluntariamente, y estoy legalmente autorizado para tomar decisiones por mi hijo, mencionado anteriormente.
- Entiendo que mi hijo puede ser evaluado en varias ocasiones hasta el **31 de julio de 2022*** y que las pruebas pueden llevarse a cabo en los días programados por el Departamento de Salud.
- Entiendo que este consentimiento será válido hasta **31 de julio de 2022***, a menos que notifique por escrito a la autoridad de salud de la escuela de mi hijo que revoco este consentimiento.
- Entiendo que, si revoco mi consentimiento o me niego a firmar este documento, es posible que se requiera que mi hijo continúe su educación en la modalidad remota.
- Entiendo que, los resultados de las pruebas de mi hijo y otra información pueden divulgarse, según permitido por ley.
- Entiendo que, de yo ser un estudiante de 21 años o más, o de tener la potestad para dar mi consentimiento legal para mi atención médica, las referencias en este consentimiento a "mi hijo" se refieren a mi persona y puedo firmar este consentimiento en mi propio nombre.

Firma del Padre/Madre/Tutor* (si el niño es menor de 21 años)

Fecha (mm/dd/año)

Firma del Estudiante (si tiene 21 años o más o está debidamente autorizado a consentir)

Fecha (mm/dd/año)

DENEGACIÓN

NO ACEPTO y no doy mi consentimiento para que a mi hijo se le realicen pruebas de antígenos para COVID-19.

Al firmar a continuación, doy fe que:

- He firmado este formulario libre y voluntariamente, y estoy legalmente autorizado para tomar decisiones por mi hijo, mencionado anteriormente.
- Entiendo que esta denegación de consentimiento será válida hasta **31 de julio de 2022***, a menos que notifique por escrito a la autoridad de salud de la escuela de mi hijo que revoco la misma.
- Entiendo que, de yo ser un estudiante de 21 años o más, o de tener la potestad para dar mi consentimiento legal para mi atención médica, las referencias en este consentimiento a "mi hijo" se refieren a mi persona y puedo firmar este consentimiento en mi propio nombre.

Firma del Padre/Madre/Tutor* (si el niño es menor de 21 años)

Fecha (mm/dd/año)

Firma del Estudiante (si tiene 21 años o más o está debidamente autorizado a consentir)

Fecha (mm/dd/año)

Nota aclaratoria: Se utiliza el término hijo para referirse a hijo e hija. * Incluye el período de verano.