**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LAS PRUEBAS DE COVID-19 DEL ESTUDIANTE -  
[Insertar el Distrito]**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del estudiante que participa en las pruebas (en adelante “Estudiante”): | | Fecha de nacimiento: | | Sexo: | N.º ID del/de la Estudiante: |
| Nombre del padre/madre/tutor-a legal (si el Estudiante es menor de 18 años): | | Escuela/Grado: | | | |
| Dirección: | Ciudad: | | C.P.: | Teléfono: | |

Certifico que soy: (a) el Estudiante y tengo al menos 13 años de edad; (b) el tutor-a legal del Estudiante; o (c) una persona autorizada a dar su consentimiento en nombre del Estudiante cuando este no sea competente o no pueda dar su consentimiento por sí mismo.

Por la presente doy mi consentimiento a [Insertar el Distrito] (el "Distrito"), según corresponda (cada uno de ellos un “Proveedor aplicable”), para que proporcione la prueba de COVID-19 al Estudiante mencionado anteriormente.

En nombre del Estudiante, los herederos y representantes personales del Estudiante, por la presente renuncio a cualquier reclamación que pueda tener contra el Distrito, y su consejo directivo, funcionarios, agentes, empleados, voluntarios y representantes (“Partes Liberadas”) de cualesquier responsabilidad o reclamación, ya sean conocidas o desconocidas que surjan de, en conexión con, o estén de cualquier manera relacionadas con la administración de la prueba de COVID-19.

Reconozco que: (a) Entiendo los propósitos/beneficios del registro de pruebas de mi condado (“Registro”) y el Intercambio de Información Sanitaria de mi estado ("IIS Estatal"); y (b) que el Proveedor aplicable puede divulgar la información de las pruebas del Estudiante a los registros de pruebas del condado, al IIS Estatal, o a través del IIS Estatal a los registros de pruebas del condado, o a cualquier agencia o autoridad gubernamental estatal o federal (“Agencias Gubernamentales”), tales como los Departamentos de Salud estatales, del condado o locales, o el Departamento de Salud y Servicios Humanos federal, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, o a sus respectivos designados, según lo requiera la ley, para propósitos de informes de salud pública, o a los proveedores de atención médica del Estudiante inscritos en los registros de pruebas del condado o el IIS Estatal para propósitos de coordinación de la atención.

**Confirmo que el Estudiante no tiene ninguna condición médica conocida que pueda suponer un riesgo para la salud y la seguridad del Estudiante en relación con las pruebas objeto de este acuerdo.**

Reconozco que he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre las pruebas de COVID-19. Entiendo los riesgos conocidos y los beneficios potenciales de recibir la prueba de COVID-19, y entiendo que puede haber riesgos relacionados con la prueba de COVID-19 que no se conocen en este momento. No obstante, solicito y consiento que se realice la prueba de COVID-19 al Estudiante. Reconozco que la recepción de esta prueba es voluntaria por mi parte y se me proporciona sin coste alguno. Estoy de acuerdo en eximir al Distrito, y a sus agentes, de cualquier daño o pérdida que sea resultado de que el Estudiante reciba la prueba de COVID-19.

HE LEÍDO ESTE ACUERDO DE EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD Y ASUNCIÓN DE RIESGOS. COMPRENDO PLENAMENTE SUS TÉRMINOS, ENTIENDO QUE HE RENUNCIADO A DERECHOS SUSTANCIALES AL FIRMARLO, Y LO FIRMO LIBRE Y VOLUNTARIAMENTE.

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre escrito: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_