



**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LAS PRUEBAS DE COVID-19
DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DE LA CIUDAD DE NUEVA YORK**

¿De qué se trata este formulario?

En este formulario, solicitamos su autorización para hacerle la prueba de COVID-19 a su hijo. El Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York (NYCDOE), en colaboración con NYC Health + Hospitals y el Departamento de Salud y Salud Mental de la Ciudad de Nueva York, se ha asociado con laboratorios y otros proveedores para realizar pruebas de COVID-19 a los estudiantes, maestros y miembros del personal del NYCDOE.

¿Con qué frecuencia se le haría la prueba a mi hijo?

Estamos planificando para que nuestros socios de laboratorio y proveedores de pruebas visiten cada escuela al menos una vez al mes para hacer la prueba de COVID-19 a algunos estudiantes y miembros del personal. Si usted lo autoriza, su hijo puede ser seleccionado para la prueba en una o más de estas ocasiones. Además, a su hijo también se le puede hacer la prueba a lo largo del año escolar (1) de conformidad con lo exigido por el Estado y la Ciudad, como las pruebas semanales en las escuelas ubicadas en zonas amarillas o (2) si presenta uno o más síntomas de COVID-19, o (3) si es un contacto cercano de un estudiante, maestro o miembro del personal contagiado con el virus.

¿En qué consiste la prueba?

Si usted lo autoriza, a su hijo se le hará una prueba de COVID-19 gratuita. La carta adjunta proporciona más información sobre los tipos de pruebas que pueden utilizarse. Tomar una muestra para la prueba implica insertar un pequeño hisopo, similar a un Q-tips, en la parte delantera de la nariz o recolectar saliva.

¿Cómo sabré si el resultado de mi hijo es positivo?

Si a su hijo se le hace la prueba en la escuela, se lo informaremos por medio de una comunicación que enviaremos a casa con el estudiante. Los resultados de la prueba de COVID-19 se informarán generalmente en un plazo de 48 a 72 horas.

¿Qué debo hacer cuando reciba los resultados de la prueba de mi hijo?

Si su hijo da positivo en la prueba, comuníquese con el médico de inmediato para revisar los resultados y hablar sobre las medidas que debe tomar. Debe mantener a su hijo en casa e informar a la escuela. Si su hijo da negativo en la prueba, significa que no se detectó el virus en la muestra. Las pruebas **a veces** producen resultados negativos incorrectos (conocidos como “falsos negativos”) en personas que tienen COVID-19. Si su hijo da negativo, pero tiene síntomas de COVID-19, o si le preocupa su posible exposición al virus, debe llamar al médico. Si necesita ayuda para buscar un médico, llame al número (844) NYC-4NYC.

EL PADRE, TUTOR O ESTUDIANTE MAYOR DE EDAD DEBE LLENAR ESTA SECCIÓN

Información del padre o tutor

Nombre del padre o tutor (en letra de imprenta):	
Dirección del padre o tutor:	
Teléfono o celular del padre o tutor:	
Correo electrónico del padre o tutor:	
Mejor forma de contactarlo:	

Información del menor o estudiante			
Nombre del menor o estudiante (en letra de imprenta):			
N.º de identificación/OSIS del menor o estudiante:		Fecha de nacimiento del menor o estudiante:	
Escuela del menor o estudiante:			
Dirección del menor o estudiante:			

NOTIFICACIÓN SOBRE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

La ley permite que cierta información sobre su hijo se comparta con y entre ciertas agencias de la Ciudad y el Estado de Nueva York y sus proveedores de servicios contratados, entre ellos los que se enumeran más abajo. Esta información se divulgará solo con fines de salud pública, lo que puede incluir notificar a los contactos cercanos de su hijo si han estado expuestos a COVID-19 y tomar otras medidas para evitar una mayor propagación del virus en su comunidad escolar. La información sobre su hijo que puede ser divulgada a estas agencias y proveedores de servicios que realizan las pruebas de COVID-19 incluye su nombre y sus resultados de las pruebas de COVID-19, su fecha de nacimiento/edad, sexo, raza/etnia, nombre de su escuela, su(s) maestro(s), su salón de clases/cohorte/grupo, su historial de asistencia e inscripción, y su participación en programas para después de clases u otros, nombres de otros miembros de la familia o tutores, dirección, teléfono, celular y correo electrónico. **Solo** se divulgará información sobre su hijo de acuerdo con la ley vigente y las políticas de la Ciudad que protegen la privacidad de los estudiantes y la seguridad de sus datos.

• Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York	• Departamento de Desarrollo Comunitario y de la Juventud de la Ciudad de Nueva York
• Departamento de Salud y Salud Mental de la Ciudad de Nueva York	• NYC Health + Hospitals
• Departamento de Salud del Estado de Nueva York	• Proveedores de servicios contratados para las pruebas de COVID-19

AUTORIZACIÓN

Al firmar este formulario, certifico que:

- He firmado este formulario de manera libre y voluntaria, y estoy legalmente autorizado a tomar decisiones en nombre del estudiante antes mencionado.
- Doy mi autorización para que a mi hijo se le haga la prueba de COVID-19.
- Entiendo que a mi hijo se le pueden hacer varias pruebas hasta el 30 de septiembre de 2021 y que las pruebas pueden realizarse (1) en los días que programe el Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York de conformidad con lo exigido por el Estado y la Ciudad, como las pruebas semanales en las escuelas ubicadas en zonas amarillas o (2) si presenta uno o más síntomas de COVID-19, o (3) si es un contacto cercano de un estudiante, maestro o miembro del personal contagiado con el virus.
- Entiendo que este formulario de autorización será válido hasta el 30 de septiembre de 2021, a menos que notifique **por escrito** a la persona de contacto designada por la escuela de mi hijo que retiro mi autorización.
- Entiendo que si retiro mi autorización o me niego a firmar, se le puede exigir a mi hijo que continúe su educación a través del aprendizaje a distancia.
- Entiendo que los resultados de las pruebas de mi hijo y otra información pueden ser divulgados según lo establecido por la ley.
- Entiendo que si soy un estudiante mayor de 18 años o si puedo autorizar legalmente el cuidado de mi propia salud, las menciones a "mi hijo" se refieren a mí y puedo firmar este formulario en mi nombre.

Firma del padre o tutor* (si el estudiante es menor de 18 años)		Fecha
Firma del estudiante (si es mayor de 18 años o está facultado para dar su autorización)		Fecha