FORMULARIO PARA SISTEMA PÚBLICO



**Formulario SY22 de consentimiento para el programa de pruebas para la detección del COVID-19**

1. **Introducción**
2. **Acuerdo de consentimiento**
3. **Información personal**
4. **Selección de la escuela**

Nuestra meta para las pruebas para la detección del COVID-19 es garantizar que los estudiantes y el personal puedan participar del aprendizaje presencial de manera segura mientras reducimos los efectos de las cuarentenas generalizadas en los estudiantes, sus familias y las escuelas.

Este formulario incluye un pedido de consentimiento para que su hijo(a) se realice las pruebas, detalles sobre cómo se puede compartir la información sobre las pruebas y una descripción de los tipos de pruebas que ofrece nuestra escuela. Podremos usar más de un tipo de prueba en cualquier momento, ya que tienen diferentes propósitos.  Si desea obtener más información, consulte esta [guía útil sobre instrumentos de pruebas potenciales](https://education.vermont.gov/documents/COVID-19-response-testing-at-a-glance-flowchart) (enlace en inglés) que puede ofrecer nuestra escuela.

**Todas las pruebas son voluntarias y requieren consentimiento.**

**Este consentimiento es ÚNICAMENTE para realizar pruebas en respuesta a la presencia de un caso positivo en la escuela, y se usarán específicamente pruebas de PCR, LAMP o antígenos. El personal o las familias con estudiantes interesados en participar de las pruebas semanales de control deberán completar otro**[**formulario de consentimiento diferente**](https://www.cic-health.com/consent/vt) **(enlace en inglés).**

Siguiente



## Formulario SY22 de consentimiento para el programa de pruebas para la detección del COVID-19

1. **Introducción**
2. **Acuerdo de consentimiento**
3. **Información personal**
4. **Selección de la escuela**

**Estoy completando este formulario para/como un: obligatorio**



### Acuerdo de consentimiento

#### NOTIFICACIÓN DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN

La información sobre el(la) menor y el resultado de su prueba se compartirá con determinadas agencias, contratistas y proveedores de Vermont en apoyo al programa de pruebas. Esta información se compartirá únicamente con fines relacionados con la salud pública, que pueden incluir la notificación a contactos cercanos del(la) menor si ha estado expuesto(a) al COVID-19 y otros pasos para prevenir la mayor propagación del COVID-19 en su comunidad.

La información sobre el(la) menor se compartirá con las agencias, contratistas y prestadores de servicios de Vermont que lleven a cabo las pruebas para la detección del COVID-19, e incluye el nombre del(de la) menor y el resultado de la prueba para la detección del COVID-19, fecha de nacimiento/edad, sexo, raza/etnia, nombre de la escuela/campamento, maestro(s) y consejeros, salón de clases/grupo/burbuja, antecedentes de inscripción y asistencia, y participación en programas extracurriculares u otros, nombres de otros miembros de la familia o tutores, dirección, número de teléfono y dirección de correo electrónico.

El Departamento de Salud de Vermont informará públicamente los datos que reciba sobre casos de COVID-19 en las escuelas. La información del(de la) menor solo se compartirá de conformidad con las leyes vigentes y las políticas de nuestra organización que protegen la privacidad del estudiante o campista y la seguridad de los datos del(de la) menor.

* Mediante mi firma al pie autorizo a [mi hijo(a) / mí mismo(a)] a participar de los siguientes [tipos de pruebas para la detección del COVID-19](https://education.vermont.gov/documents/covid-19-testing-types-flowchart) (enlace en inglés):

        o   Prueba de PCR en la escuela

        o   Prueba de PCR en casa

        o   Prueba de antígenos para permanecer en la escuela

* Entiendo que si mi hijo(a) es un contacto cercano o tiene síntomas, le pedirán que participe de una prueba de respuesta al COVID-19
* Entiendo que el tipo de prueba (ver opciones más arriba) puede variar según la situación ([Pruebas de COVID-19 de un vistazo](https://education.vermont.gov/documents/covid-19-testing-at-a-glance-flowchart) enlace en inglés).
* Certifico que soy el padre/la madre o el tutor legal del paciente, o que soy un paciente mayor de 18 años.
* Se me ha dado la oportunidad de formular preguntas sobre los tipos de prueba descritos anteriormente.
* Entiendo que las pruebas de respuesta al COVID-19 de la escuela son voluntarias y que puedo negarme a participar o a que mi hijo(a) participe en cualquier momento.
* Entiendo que si me niego a participar o a que mi hijo(a) participe en las pruebas de respuesta al COVID-19, es probable que yo o mi hijo(a) debamos cumplir una cuarentena.

He leído, acepto y doy mi consentimiento a las declaraciones anteriores. obligatorio

Sí

He leído, acepto y doy mi consentimiento a las declaraciones anteriores.

No siga completando este formulario si no está de acuerdo.

AnteriorSiguiente

2 / 4



## Formulario SY22 de consentimiento para el programa de pruebas para la detección del COVID-19

1. **Introducción**
2. **Acuerdo de consentimiento**
3. **Información personal**
4. **Selección de la escuela**

Datos personales y demográficos Padre/madre o tutor obligatorio





Nombre del paciente participante obligatorio





Dirección obligatorio











**Número de teléfono obligatorio**



**Correo electrónico**



Sexo biológico del paciente participante obligatorio

Femenino

Masculino

Otro

Raza/Grupo demográfico del paciente participante

Nativo americano o nativo de Alaska

Asiático

Negro o afroamericano

Nativo hawaiano o isleño del pacífico

Blanco

Desconocido

No quiero responder

Seleccione la raza/grupo demográfico con el que se identifica.

¿El paciente participante está empleado en el sector de la atención médica? obligatorio

Sí

No

¿El paciente participante vive en una vivienda grupal (p. ej. centro de atención prolongada, centro penitenciario o refugio)? Obligatorio – respuesta automáticamente configurada como "No":

Sí

No

AnteriorSiguiente

3 / 4



## Formulario SY22 de consentimiento para el programa de pruebas para la detección del COVID-19

1. **Introducción**
2. **Acuerdo de consentimiento**
3. **Información personal**
4. **Selección de la escuela**

### Información de la escuela

**Unión de supervisores obligatorio**



**Escuela obligatorio**



AtrásEnviar

4 / 4

PUBLIC SYSTEM FORM



**SY22 COVID19 Testing Program Consent Form**

1. **Introduction**
2. **Consent Agreement**
3. **Personal Information**
4. **School Selection**

Our goal for COVID-19 testing is to ensure that students and staff can safely participate in in-person learning while reducing the impacts of widespread quarantine on students, their families and schools.

This form includes a request for consent to have your student tested, details about how test information may be shared, and a description of the testing types that our school is offering. We may be using more than one testing type at any given time because each has a different purpose.   For more information, please review this [helpful guide on the potential testing tools](https://education.vermont.gov/documents/COVID-19-response-testing-at-a-glance-flowchart) (link in English) that our school may offer.

**All testing is voluntary and will require consent.**

**This consent form is ONLY for testing in response to a positive case at school, specifically using PCR, LAMP or antigen tests. Staff or families with students interested in participating in weekly surveillance testing will need to complete a [separate consent form](https://www.cic-health.com/consent/vt) (link in English).**

Next



## SY22 COVID19 Testing Program Consent Form

1. **Introduction**
2. **Consent Agreement**
3. **Personal Information**
4. **School Selection**

**I am completing this form for/as a: required**



### Consent Agreement

#### NOTIFICATION OF INFORMATION SHARING

The information about your minor and his or her test results will be shared with and among certain Vermont agencies, contractors and providers to support the testing program. This information will be shared only for public health purposes, which may include notifying close contacts of your minor if they have been exposed to COVID-19, and taking other steps to prevent the further spread of COVID-19 in your community.

Information about your minor may be shared with the Vermont agencies, contractors and service providers conducting COVID-19 Testing, and includes your minor's name and COVID-19 test results, date of birth/age, sex, race/ethnicity, school/camp names, teacher(s) and counselors, classroom/cohort/pod enrollment and attendance history, and after school or other program participation, names of other family members or guardians, address, telephone number, and email address.

The Vermont Department of Health will report publicly data they receive about COVID-19 cases in schools. Your minor’s information will only be shared in accordance with applicable law and our organization's policies protecting student and camper privacy and the security of your minor's data.

* By signing below, I am consenting [for my child / myself] to participate in the following [COVID-19 Testing Types](https://education.vermont.gov/documents/covid-19-testing-types-flowchart) (link is in English):

        o   In school PCR testing

        o   Take home PCR testing

        o   Test to Stay Antigen testing

* I understand that if my child is a close contact or symptomatic, they will be asked to participate in COVID-19 response testing
* I understand that the type of testing (the options above) may vary and is dependent on the situation ([COVID-19 Testing At A Glance](https://education.vermont.gov/documents/covid-19-testing-at-a-glance-flowchart) – link is in English).
* I certify that I am the parent or legal guardian of the patient, or I am patient and at least 18 years of age.
* I have been given the opportunity to ask questions about the test types outlined above.
* I understand that school COVID-19 response testing is voluntary, and that I may decline to (have my child) participate at any time.
* I understand that if I decline to (have my child) participate in COVID-19 response testing, my child / I may be asked quarantine.

I have read, agree and consent to the above statements. required,

Yes

I have read, agree and consent to the above statments. is required.

Please do not continue filling out this form if you do not agree.

BackNext

2 / 4



## SY22 COVID19 Testing Program Consent Form

1. **Introduction**
2. **Consent Agreement**
3. **Personal Information**
4. **School Selection**

Personal and Demographic InformationParent or Guardian required





Testing Participant Name required





Address required











**Phone required**



**Email**



Testing Participant Biological Sex required

Female

Male

Other

Testing Participant Race/Demographics

American Indian or Alaskan Native

Asian

Black or African American

Native Hawaiian or other Pacific Islander

White

Unknown

Refused to answer

Please select the race/demographic that you identify with.

Is the testing participant employed in the healthcare industry? required

Yes

No

Does the testing participant live in congregate housing (e.g. long-term care facility, correctional facility or shelter)? Required – default response set to “No”

Yes

No

BackNext

3 / 4



## SY22 COVID19 Testing Program Consent Form

1. **Introduction**
2. **Consent Agreement**
3. **Personal Information**
4. **School Selection**

### School Information

**Supervisory Union required**



**School required**



BackSubmit

4 / 4