

## **Consentimiento Informado para prueba Diagnóstica de COVID-19** (Estudiante)

Yo voluntariamente doy consentimiento y autorización a UC San Diego Health, en conjunto con el distrito escolar San Diego Unified para que se colecten, realicen y analicen pruebas diagnósticas que detectan COVID-19 para mi estudiante (Primer Nombre, Apellido).

Yo reconozco y entiendo que la prueba diagnóstica de COVID-19 requiere colección de frotis (isotopo) nasal, oral o por otros procedimientos de colección recomendables.

Yo asumo toda responsabilidad de tomar la acción necesaria relacionada con los resultados de esta prueba. Si tengo preguntas o preocupaciones acerca de la salud o de los resultados de esta prueba de mi estudiante, yo veré a mi médico familiar pronto para obtener el tratamiento médico indicado.

Yo entiendo que no recibiré cobro por esta prueba diagnóstica ni pago para mí o mi estudiante. También entiendo que mi seguro médico no recibirá reclamado médico. Entiendo que las formas de UC San Diego Health me piden un Número de Seguro Social pero no es requerido para que mi estudiante reciba esta prueba.

**No será requisito presentar un Numero de Seguro Social para que mi estudiante sea elegible para inscribirse y recibir servicios educacionales. Números de Seguro Social, o la ausencia de presentarlos, no serán compartidos entre el Distrito y UCSD mutuamente.**

Yo entiendo que, al firmar esta forma, yo autorizo a UC San Diego Health, en conjunto con el distrito escolar San Diego Unified, se puedan realizar pruebas diagnósticas para mi estudiante indicado en esta forma, en varias ocasiones (quizás semanalmente, cada 2 o 3 semanas, o menos frecuente), dependiendo del acceso a las pruebas y las circunstancias del virus en nuestra comunidad.

Yo entiendo que puedo cancelar este consentimiento por escrito, en cualquier momento antes de que se administre la prueba. Si yo cancelo este consentimiento por escrito, y notifico al distrito escolar San Diego Unified, UC San Diego Health no podrá administrar la prueba a mi hijo/a.

Yo entiendo que necesito registrar a mi hijo/a como paciente de UC San Diego Health (si no está ya registrado). Acepto registrar a mi hijo al sistema MyUCSDChart. Padres serán notificados telefónicamente por personal de UC San Diego Health, de alguna prueba positiva, con explicación y instrucciones que se deban tomar. Resultados negativos de pruebas serán encontrados en el sistema MyUCSDChart.

### **ENSEÑANZA, ENTRENAMIENTO, EDUCACIÓN**

Yo entiendo que, como parte de la misión de enseñanza, UC San Diego Health enseña y entrena a estudiantes que estudian carreras de salud y que es posible que un estudiante le administre la pruebas a mi hijo/a.

## Derechos de Pacientes y Practicas de Privacidad

a) Aviso de Practicas de Privacidad y Derechos de Pacientes: UC San Diego Health “Aviso de Practicas de Privacidad” describe como se puede usar y compartir su información de salud protegida. Este aviso está disponible en el correo electrónico: <https://health.ucsd.edu/hipaa/Pages/hipaa.aspx>

b) Revelación a Autoridades de Gobierno: Yo reconozco y apruebo que UC San Diego Health y el distrito escolar San Diego Unified School District puedan compartir los resultados de mis pruebas y otra información asociada con las agencias locales y estatales como requiere la ley.

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_  
Primer Nombre Apellido

Fecha de Nacimiento del Estudiante: \_\_\_\_\_  
Mes/ Día /Año

Escuela del Estudiante: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Maestro \_\_\_\_\_

Firma del estudiante (12 años o mayor): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Padre o Guardián Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en Imprenta del Padre o Guardián Legal: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Padre o Guardián Legal: \_\_\_\_\_  
Mes/ Día /Año

Numero Telefónico del Padre o Guardián Legal: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico del Padre o Guardián Legal: \_\_\_\_\_