



**Oficina de Educación del Condado de Santa Cruz  
Escuela de ciencias al aire libre**



**Consentimiento informado para pruebas de diagnóstico de COVID-19**

Doy mi consentimiento y autorizo voluntariamente a la Escuela de Ciencias al Aire Libre del Condado de Santa Cruz a realizar recopilaciones, pruebas y análisis con fines de pruebas de diagnóstico de COVID-19 en mi hijo nombrado a continuación.

Reconozco y entiendo que la prueba de diagnóstico de COVID-19 utilizada en la Escuela al Aire Libre del Condado de Santa Cruz es una prueba rápida de antígenos en el hogar y puede ser administrada por el personal de la oficina de salud y auto recolectada a través de un hisopo nasal anterior.

Asumo la responsabilidad total y completa de tomar las medidas adecuadas con respecto a los resultados de las pruebas. Si tengo preguntas o inquietudes sobre los resultados de los exámenes del estudiante o la condición física, buscaré de inmediato asesoramiento y tratamiento de un proveedor médico adecuado.

Entiendo que no habrá costo ni tarifa de bolsillo para el estudiante, padre/tutor o proveedor de seguro médico por esta prueba rápida de antígenos en el hogar.

Entiendo que firmar este formulario autoriza a la Escuela de Ciencias al Aire Libre del Condado de Santa Cruz a realizar pruebas a mi hijo nombrado a continuación si presenta síntomas consistentes con COVID-19.

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre impreso del padre o tutor legal: \_\_\_\_\_

Firma del padre o tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_