

## STUDENT CONSENT FORM FOR OPTIONAL COVID-19 TESTING

The Clint Independent School District takes the health and safety of our students and their families very seriously. As such, in addition to steps to screen for the virus and prevent its spread on a campus, we are adding a voluntary K-12 COVID-19 testing program for students. This program uses Abbott Laboratories BinaxNOW tests provided by the federal government. We will only test with your consent. If you are willing to provide consent for us to administer this test on your child or yourself (if student age 18 or older), please fill out this form.

### **What is the test?**

If your child is symptomatic or part of a group that is designated for testing, if you consent, your child will receive a free BinaxNOW rapid test for the COVID-19 virus. Collecting a specimen for testing involves using a swab, similar to a Q-Tip, placed inside the tip of the nose. A school staff member who has been trained to use this test will collect the specimen and a trained COVID-19 test administrator will oversee the process. Test results will be made available to the parent/guardian who signs this form below. The results will be sent by text message and email within 24 hours of the test. This program is **entirely optional** for students, although we hope you choose to have the test to keep our schools as healthy & safe as possible. The tests are being offered in addition to existing safety protocols such as mask-wearing, social distancing, and frequent disinfection of surfaces.

### **What should I do when I receive my child's test results?**

If your child or you (if student age 18 or older) tests positive for the virus, your child will be moved to a room away from other students and staff until you can pick him/her up. We ask that you keep your child home until the infection period has ended (typically, after symptoms improve and at least 10 days from the date symptoms first appear) and your child is no longer contagious. If your child's test results are negative, the virus was not found in the specimen tested and your child may continue to attend school without interruption. In a small number of cases, tests sometimes produce incorrect results – showing negative results (called “false negatives”) in people who have COVID-19 or showing positive results (called “false positives”) in people who don't have COVID-19. If your child tests negative but has symptoms of COVID-19, or if you have concerns about your child's exposure to COVID-19, you should call your child's doctor, a licensed medical authority, or your local health department.

### **Known Symptoms:**

People with COVID-19 have had a wide range of symptoms reported – ranging from mild symptoms to severe illness. Symptoms may appear **2-14 days after exposure to the virus**. People with these symptoms may have COVID-19:

- Feeling feverish or a measured temperature greater than or equal to 100.0 degrees Fahrenheit
- Loss of taste or smell
- Cough
- Difficulty breathing
- Shortness of breath
- Fatigue
- Headache
- Chills
- Sore throat
- Congestion or runny nose
- Shaking or exaggerated shivering
- Significant muscle pain or ache
- Diarrhea
- Nausea or vomiting

This list does not include all possible symptoms.

### **Disclaimer:**

While we realize precautions will be taken for the safety of students, please understand that neither the test administrator nor the Clint Independent School District, nor any of its trustees, officers, employees, or organization sponsors are liable for any accident or injuries that may occur to your child or yourself (if student age 18 or older), as a result of agreeing to the test.

**TO BE COMPLETED BY PARENT, GUARDIAN OR ADULT STUDENT****Parent/Guardian Information**

<b>Parent/Guardian Print Name:</b>			
<b>Parent/Guardian Cell/Mobile #:</b>			

**Child/Student Information**

<b>Child/Student Print Name:</b>			
<b>School:</b>		<b>Grade Level:</b>	
<b>Date of Birth:</b> <i>(MM/DD/YYYY)</i>		<b>Age:</b>	

**CONSENT**

***Additional Disclaimer: Clint ISD is using the BinaxNow Rapid Testing as an ongoing screening tool to prevent the spread of COVID-19 within our school buildings. Staff and students may be tested weekly, and/or more frequently if an individual experiences symptoms during the school day. Signing below indicates your permission to administer ongoing rapid tests for child. You will be notified by the school when testing is occurring and of the testing result.***

By signing below, I attest that:

- A. I authorize the school system to conduct collection and testing of my child or me (if student age 18 or older) for COVID-19 by nasal swab.
- B. I acknowledge that a positive test result is an indication that my child or me (if student age 18 or older), must self-isolate and also continue wearing a mask or face covering as directed in an effort to avoid infecting others.
- C. I understand the school system is not acting as my child's medical provider, this testing does not replace treatment by my child's medical provider, and I assume complete and full responsibility to take appropriate action with regards to my child's test results. I agree I will seek medical advice, care and treatment from my child's medical provider if I have questions or concerns, or if their condition worsens.
- D. I understand that, as with any medical test, there is the potential for a false positive or false negative COVID-19 test result.

***I, the undersigned, have been informed about the test purpose, procedures, possible benefits and risks, and I have received a copy of this Informed Consent. I have been given the opportunity to ask questions before I sign, and I have been told that I can ask additional questions at any time. I voluntarily agree to this testing for COVID-19.***

<b>Signature of Parent/ Guardian:</b>		<b>Date:</b>	
<b>Signature of Student:</b> <i>(if age 18 or over)</i>		<b>Date:</b>	

**Please Also Answer the Questions Below**

- Is this the first test (of any kind) the patient has had for COVID-19?  
Circle: Yes No  
*If no, what type of test have you had before? Circle test type below and write the date.*  
Molecular (PCR)  
Antigen  
Antibody  
Unknown  
Date of test: \_\_\_\_\_
- Is the patient employed in healthcare with direct patient contact?  
Circle: Yes No
- Is the patient symptomatic?  
Circle: Yes No  
If yes, date symptoms onset? \_\_\_\_\_
- Is the patient pregnant?  
Circle: Yes No

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA PRUEBA DE DETECCIÓN DE COVID-19 EN ESTUDIANTES

El distrito escolar de Clint toma muy en serio la salud y seguridad de nuestros alumnos y sus familias. Por lo tanto, además de las medidas de detección del virus para prevenir su propagación en el campus, incorporamos un programa de pruebas voluntario para detectar COVID-19 en estudiantes desde kínder hasta el 12 ° grado. Este programa utiliza las pruebas llamadas BinaxNOW del laboratorio Abbott proporcionados por el gobierno federal. Solo haremos la prueba con su consentimiento. Si está dispuesto a dar su consentimiento para que le administremos esta prueba a su hijo(a) o a usted mismo (si es estudiante de 18 años o más), por favor llene este formulario.

### **¿De qué se trata esta prueba?**

Si su hijo(a) es sintomático o pertenece a un grupo designado para la prueba, luego de su consentimiento, recibirá una prueba rápida BinaxNOW para la detección del virus COVID-19. La recolección de una muestra para el análisis implica el uso de un hisopo, similar a un Q-Tip, colocado dentro de la punta de la nariz. Un miembro del personal de la escuela que ha sido entrenado para usar esta prueba obtendrá la muestra y un administrador capacitado en la prueba para detectar COVID-19 supervisará el procedimiento. Se informará el resultado de la prueba al padre, madre o tutor legal que firme este formulario. Los resultados se enviarán por mensaje de texto y correo electrónico durante las 24 horas posteriores a la realización de la prueba. Este programa es **completamente opcional** para los estudiantes, aunque esperamos que elija realizar la prueba para mantener nuestras escuelas lo más saludables y seguras posible. Las pruebas se ofrecen además de los protocolos de seguridad existentes, como el uso de mascarillas, el distanciamiento social y la desinfección frecuente de superficies.

### **¿Qué debo hacer cuando reciba los resultados de la prueba de mi hijo(a)?**

Si su hijo(a) o usted (si es un estudiante que tiene 18 años o más) da positivo para el virus, su hijo(a) será trasladado a un aula lejos de otros estudiantes y personal hasta que usted pueda recogerlo(a). Le pedimos que mantenga a su hijo en casa hasta que el período de infección haya terminado (normalmente, después de que los síntomas mejoren y al menos 10 días a partir de la fecha en que aparezcan los síntomas por primera vez) y su hijo(a) ya no es contagioso. Si el resultado de la prueba de su hijo(a) es negativo, significa que no se encontró el virus en la muestra y su hijo puede seguir asistiendo a la escuela normalmente. En pocos casos, las pruebas a veces producen resultados incorrectos, que muestran resultados negativos (llamados "falsos negativos") en personas que tienen COVID-19 o que muestran resultados positivos (llamados "falsos positivos") en personas que no tienen COVID-19. Si su hijo(a) obtiene un resultado negativo, pero tiene síntomas de COVID-19, o si le preocupa la exposición de su hijo a COVID-19, debe llamar al médico de su hijo, a una autoridad médica con licencia o a su departamento de salud local.

### **Síntomas conocidos:**

Las personas que tienen COVID-19 han experimentado una gran variedad de síntomas, desde síntomas leves hasta enfermedades graves. Los síntomas pueden aparecer **entre 2 y 14 días después de estar expuesto al virus**. Las personas con estos síntomas pueden tener COVID-19:

- Fiebre o temperatura mayor o igual a 100.0 °F
- Pérdida de gusto u olfato
- Tos
- Dificultad para respirar
- Falta de aire
- Fatiga
- Dolor de cabeza
- Escalofríos
- Dolor de garganta
- Congestión o escurrimiento nasal
- Temblores desmedidos
- Dolor muscular significativo
- Diarrea
- Náuseas o vómitos

Esta lista no incluye todos los síntomas posibles.

### **Aviso:**

Tenemos en cuenta que se deben tomar ciertas precauciones para la seguridad de los estudiantes; sin embargo, entienda que ni el administrador de la prueba ni el distrito escolar de Clint, ni cualquiera de sus administradores, oficiales, empleados o patrocinadores de la organización, son responsables de cualquier accidente o lesión que usted (si es estudiante de 18 años o más) o su hijo(a) pueda tener como resultado del consentimiento para realizar la prueba.

**PARA SER COMPLETADO POR PADRES, TUTORES O ESTUDIANTES ADULTOS****Información sobre el padre, madre o tutor legal**

<b>Nombre y apellido del padre, madre o tutor legal</b> (en letra de imprenta):	
<b>Número del teléfono celular del padre, madre o tutor legal:</b>	

**Información sobre el niño(a) o estudiante:**

<b>Nombre y apellido del niño(a) o estudiante</b> (en letra de imprenta):			
<b>Escuela:</b>		<b>Grado:</b>	
<b>Fecha de nacimiento:</b> (MM/DD/AAAA)		<b>Edad:</b>	

**CONSENTIMIENTO**

***Aviso: Clint ISD está utilizando las pruebas rápidas de BinaxNow como una herramienta de evaluación continua para prevenir la propagación de COVID-19 dentro de nuestros edificios escolares. El personal y los estudiantes pueden ser examinados semanalmente, y/o con más frecuencia si una persona experimenta síntomas durante el día escolar. La firma a continuación indica su permiso para administrar pruebas rápidas en curso (continuamente) para niños. Se le notificará por la escuela cuando se esté realizando la prueba y del resultado de la prueba.***

Al firmar a continuación certifico lo siguiente:

- E. Autorizo al sistema escolar a llevar a cabo la recolección y prueba de mi hijo o de mí (si es estudiante de 18 años o más) para COVID-19 por hisopo nasal.
- F. Entiendo que, ante un resultado positivo de la prueba, mi hijo o yo (si el estudiante tiene 18 años o más) debe aislarse y seguir usando el cubrebocas o mascarilla como se ordena para intentar evitar contagiar a otros.
- G. Entiendo que el sistema escolar no está actuando como proveedor médico de mi hijo(a), esta prueba no reemplaza el tratamiento por el proveedor médico de mi hijo(a), y asumo la responsabilidad completa de tomar las medidas apropiadas con respecto a los resultados de las pruebas de mi hijo(a). Estoy de acuerdo en que buscaré consejo médico, atención y tratamiento del proveedor médico de mi hijo(a) si tengo preguntas o inquietudes, o si su condición empeora.
- H. Entiendo que, como con cualquier prueba médica, existe la posibilidad de un resultado falso positivo o falso negativo COVID-19.

***Yo, el abajo firmante, he sido informado sobre el propósito de la prueba, procedimientos, posibles beneficios y riesgos, y he recibido una copia de este Consentimiento Informado. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas antes de firmar, y me han dicho que puedo hacer preguntas adicionales en cualquier momento. Acepto voluntariamente esta prueba para COVID-19.***

<b>Firma del padre, madre o tutor legal:</b>		<b>Fecha:</b>	
<b>Firma del estudiante:</b> (Si tiene 18 años o más)		<b>Fecha:</b>	

**POR FAVOR DE RESPONDER LAS SIGUIENTES PREGUNTAS**

- ¿Es esta la primera prueba (de cualquier tipo) que el paciente ha tenido para COVID-19?  
Circule: Si No  
*Si no, ¿qué tipo de prueba has tenido antes? Circulé el tipo de prueba a continuación y escriba la fecha.*  
Molecular (PCR)  
Antígeno  
Anticuerpo  
Desconocido  
Fecha de la prueba: \_\_\_\_\_
- ¿El paciente está empleado en atención médica con contacto directo con el paciente?  
Circule: Si No
- ¿Es el paciente sintomático?  
Circule: Si No  
En caso afirmativo, ¿fecha en la aparición de los síntomas? \_\_\_\_\_
- ¿Está embarazada la paciente?  
Circule: Si No