

# FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA PRUEBAS DE COVID-19

## ¿De qué se trata este formulario?

En este formulario, solicitamos su autorización para hacerle la prueba de COVID-19 a su hijo(a). El Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York (NYCDOE) y el Departamento de Desarrollo Comunitario y de la Juventud (*Department of Youth & Community Development, DYCD*), en colaboración con NYC Health + Hospitals y el Departamento de Salud y Salud Mental de la Ciudad de Nueva York, se han asociado con laboratorios y otros proveedores para realizar pruebas de COVID-19 a los maestros, miembros del personal y estudiantes que participen en el programa Summer Rising.

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

Estamos planificando para que nuestros socios de laboratorio y proveedores de pruebas visiten periódicamente todos los programas de Summer Rising para hacer la prueba de COVID-19 a algunos estudiantes, maestros y miembros del personal. Si usted lo autoriza, se puede seleccionar a su hijo(a) para la prueba en una o más de estas ocasiones de conformidad con las pautas del programa. Además, a su hijo(a) también se le puede hacer la prueba durante el programa (1) de conformidad con lo exigido por el Estado y la Ciudad, (2) si presenta uno o más síntomas de COVID-19 o (3) 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(a) se le hará una prueba de COVID-19 gratuita. 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(a) es positivo?

Si a su hijo(a) se le hace la prueba en el programa Summer Rising, se lo informaremos por medio de una comunicación que enviaremos a casa con el (la) 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(a)?

Si su hijo(a) da positivo en la prueba, comuníquese con el médico inmediatamente para revisar los resultados y hablar sobre las medidas que debe tomar. Debe mantener a su hijo(a) en casa e informar al coordinador del programa Summer Rising. Si su hijo(a) 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(a) 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 (844) NYC-4NYC.

## EL PADRE, TUTOR O ADULTO PARTICIPANTE 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 ESTUDIANTE

Nombre del estudiante (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

N.º de identificación estudiantil (OSIS) (si lo sabe): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Programa Summer Rising del estudiante: \_\_\_\_\_

Dirección del estudiante: \_\_\_\_\_

## NOTIFICACIÓN SOBRE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

La ley permite que cierta información sobre su hijo(a) 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(a) si han estado expuestos a COVID-19 y tomar otras medidas para evitar una mayor propagación del virus en su comunidad. La información sobre su hijo(a) 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 del programa de Summer Rising, su(s) maestro(s), su cohorte/grupo, su historial de asistencia e inscripción, su participación en el programa, nombres de otros miembros de la familia o tutores, dirección, teléfono, celular y correo electrónico. **Solo** se divulgará información sobre su hijo(a) de acuerdo con la ley vigente y las políticas de la Ciudad que protegen la privacidad y la seguridad de sus datos.

- Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York
- Departamento de Salud y Salud Mental de la Ciudad de Nueva York
- Departamento de Salud del Estado de Nueva York
- Departamento de Desarrollo Comunitario y de la Juventud de la Ciudad de Nueva York
- NYC Health + Hospitals
- 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 (de la) estudiante antes mencionado(a).
- Doy mi autorización para que a mi hijo(a) se le haga la prueba de COVID-19.
- Entiendo que a mi hijo(a) se le pueden hacer varias pruebas hasta el 1 de septiembre de 2021 y que las pruebas pueden realizarse (1) en los días que programe el NYCDOE o el DYCD de conformidad con las pautas del programa o con lo exigido por el Estado y la Ciudad, (2) si mi hijo(a) 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 1 de septiembre de 2021, a menos que notifique **por escrito** a la persona de contacto designada por el programa de Summer Rising de mi hijo(a) que retiro mi autorización.
- Entiendo que, si retiro mi autorización o me niego a firmar, mi hijo(a) no podrá participar en la programación presencial de Summer Rising.
- Entiendo que los resultados de las pruebas de mi hijo(a) y otra información pueden ser divulgados según lo establecido por la ley.
- Entiendo que si soy un(a) estudiante mayor de 18 años o si puedo autorizar legalmente el cuidado de mi propia salud, las menciones a "mi hijo(a)" se refieren a mí y puedo firmar este formulario en mi nombre.

Firma del padre o tutor: \_\_\_\_\_  
(si el [la] estudiante es menor de 18 años)

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del estudiante: \_\_\_\_\_  
(si es mayor de 18 años o está facultado[a] para dar su autorización)

Fecha: \_\_\_\_\_