



Pembroke Community Consolidated School District #259

4120 S. Wheeler Road
Hopkins Park, IL 60944
(815) 944-5448
www.psd259.org

Dr. Marcus Alexander
Superintendent

Mr. Kevin Johns
Principal

Prueba COVID-19 : Consentimiento Informado

Prueba COVID-19: Consentimiento informado

Lea atentamente y firme el siguiente consentimiento informado:

Yo, _____, el padre / guardian de _____ por lo presente....
(Nombre del padre / guardian) (Nombre del estudiante)

- Autorizo a Pembroke CCSD # 259 a realizar la colección y análisis de COVID-19 a través de un hisopo nasofaríngeo (RT-PCR), según lo ordena el Centro de Control de Enfermedades y el Departamento de Salud de Illinois.
- Autorizo que los resultados de la prueba se divulguen al condado, al estado oa cualquier otra entidad gubernamental según lo requiera la ley.
- Reconozco que un resultado positivo de la prueba es una indicación de que mi hijo/a debe aislarse a sí mismo y tomar otras medidas de protección según sea necesario para evitar infectar a otros.
- Entiendo que el Distrito no está actuando como un proveedor médico, esta prueba no reemplaza el tratamiento de un proveedor médico, y asumo total responsabilidad de tomar las medidas apropiadas con respecto a los resultados de la prueba. Acepto buscar consejo médico, atención y tratamiento de un proveedor médico si tengo preguntas o inquietudes, o si las condiciones empeoran.
- Comprendo que, al igual que con cualquier prueba médica, existe la posibilidad de un resultado de prueba COVID-19 falso positivo o falso negativo.

Por lo tanto, por lo presente eximo al Distrito Escolar Consolidado de la Comunidad Pembroke 259 de cualquier reclamo o responsabilidad que surja de cualquier prueba de COVID-19, incluidos, entre otros, los procedimientos médicos resultantes o problemas relacionados con la salud que resulten de la administración de la prueba COVID-19.

Yo, el abajo firmante, he sido informado sobre el propósito de la prueba, los procedimientos, los posibles beneficios y riesgos, y he recibido una copia de este Consentimiento informado. Tengo derecho a hacer preguntas antes de firmar y tengo derecho a hacer preguntas adicionales en cualquier momento. **Acepto voluntariamente esta prueba de COVID-19.**

Nombre del padre/guardian

Firma

Fecha

Board of Education

Mr. Ira Sneed, President
Mr. Eurelius Ross, Vice-President

Mrs. Barnetta Caston, Secretary
Mr. Robert Chapman Asst. Secretary
Mrs. Cleatie Butler, Treasurer

Ms. Tonia Thomas, Member
Mrs. Stacy Noble, Member