

prueba a mi hijo(a) según las indicaciones de la escuela. Comprendo que si mi hijo(a) esta entre las edades de 14-17, se les pedirá consentimiento verbal para que se les haga la prueba.

- Entiendo que este formulario de consentimiento será válido hasta el 30 de agosto, 2022, a menos que notifique por escrito a la persona de contacto designada de la escuela de mi hijo(a) que revoco mi consentimiento.
- Entiendo que los resultados de las pruebas pueden ser compartidos con la escuela, el medico ordenante, el condado, y otras autoridades de salud pública locales, estatales y federales, así como con otros socios de pruebas según lo permita la ley.
- Entiendo que, si soy un estudiante de 18 años o más, o puedo dar mi consentimiento legalmente para mi propia atención médica, referencias a "mi hijo(a)" se refieren a mí y puedo firmar este formulario en mi propio nombre.

| | |
|--|-------------------------------|
| FIRMA – padre/madre/tutor legal o estudiante (si tiene 18 años o más) | Fecha en que se firma: |
|--|-------------------------------|