

Consentimiento informado y liberación de información para pruebas de diagnóstico de COVID-19

Consentimiento para pruebas de diagnóstico de COVID-19

Yo, voluntariamente, consiento y autorizo al laboratorio de UC San Diego Health, Clarity Lab Solutions, LLC, y/o a los socios responsables, LLC, junto con el Distrito Escolar Unificado de San Diego, a conducir la colecta, pruebas y análisis con el propósito de realizar pruebas de diagnóstico de COVID-19 del alumno (nombrado abajo).

Reconozco y comprendo que la prueba de diagnóstico de COVID-19 requerirá la colecta de una muestra apropiada mediante un hisopado nasal, un hisopado oral, u otros procedimientos recomendados de colecta.

Asumo completa y plena responsabilidad para tomar las medidas apropiadas en relación a los resultados de la prueba. Si tuviera preguntas o inquietudes sobre los resultados de pruebas o condición física del alumno, buscaré orientación con mi proveedor de salud sobre el tratamiento apropiado.

Comprendo que no habrá cargo alguno ni pago del alumno, sus padres o seguro médico por esta prueba de diagnóstico.

Comprendo que al firmar esta forma, autorizo laboratorio de UC San Diego Health, Clarity Lab Solutions, LLC, y/o a los socios responsables, LLC, a administrar la prueba al alumno, nombrado abajo, en múltiples ocasiones (como semanalmente, dos veces por semana, cada 3 semanas o menos frecuentemente), dependiendo de la disponibilidad de la prueba y las circunstancias del virus en nuestra comunidad. Consiento que mi hijo/a se haga la prueba sin mi presencia hasta el 30 de junio de 2022.

Comprendo que puedo cancelar este Consentimiento por escrito en cualquier momento antes de que se administre la prueba y mi hijo/a ya no será sujeto a las pruebas. Si notifico al Distrito Escolar Unificado de San Diego por escrito que cancele este Consentimiento, UC San Diego Health, Clarity Lab Solutions, LLC, y/o a los socios responsables, LLC, ya no le administrarán pruebas a mi hijo/a.

Para los alumnos que reciban prueba de COVID-19 de UCSD:

- Comprendo que es un requisito que mi hijo/a sea registrado como paciente de UC San Diego Health (si aún no ha sido registrado) y que debe registrarse con MyUCSDChart con propósitos de rastreo.
- Los padres recibirán una llamada telefónica de UC San Diego Health si hubiera cualquier resultado positivo para darles explicaciones e instrucciones. Los resultados negativos estarán disponibles sólo en MyUCSDChart.

Liberación de información para Clarity Lab Solutions LLC, socios responsables LLC, y Primary Diagnostics, Inc.

Comprendo que mi hijo/a puede recibir pruebas de diagnóstico de COVID-19 de Clarity Lab Solutions LLC, Responsive Partners, LLC, y/o de UC San Diego Health, según la disponibilidad. También comprendo que mi hijo/a puede recibir pruebas de diagnóstico de COVID-19 proporcionadas por el estado. Primary Diagnostics, Inc. Es la plataforma estatal utilizada para coleccionar resultados de pruebas de COVID-19 e información relacionada de las pruebas de diagnóstico proporcionadas por el estado.

Autorizo a Clarity Lab Solutions, LLC, Responsive Partners, LLC, y/o a Primary Diagnostics, Inc. a liberar información personal del alumno (incluyendo nombre, género, fecha de nacimiento, y, en la medida que sea aplicable, información de dependientes o de tutores), información de contacto (incluyendo, en la medida que sea aplicable, mi número de teléfono, dirección de correo-e, y domicilio físico o postal), información de citas, número de identificación de transacciones, información y resultados de pruebas de COVID-19, al Distrito Escolar Unificado de San Diego, al departamento de salud del condado y del estado, o a cualquiera otra entidad gubernamental que se requiera la ley.

El Distrito me notificará por teléfono sobre cualquiera resultado positivo de una prueba. Los resultados negativos pueden obtenerse llamando a la enfermería de la escuela de mi hijo/a.

Liberación de información para UC San Diego Health

Comprendo que si mi hijo/a recibe una prueba de COVID-19 de UC San Diego Health, me pedirán que también complete la Forma de Liberación de Información de UC San Diego Health.

Comprendo que las formas de UC San Diego Health piden el número de seguro social, pero que no tengo obligación de proporcionar esto y que prueba será administrada independientemente de que el número sea provisto. **El que se provea o no el número de seguro social no afectará la elegibilidad de un alumno para inscripción o para recibir servicios educativos. Los números de seguro social, o el hecho de que no se hayan proporcionado, no serán compartidos por el Distrito excepto con UC San Diego Health y UC San Diego Health no compartirá esta información con ninguna otra persona o entidad.**

Enseñanza, capacitación y educación de UC San Diego Health

Comprendo que como parte de su misión educativa, UCSDH enseña y capacita a sus estudiantes sobre el cuidado de la salud y sus carreras y que un estudiante en entrenamiento puede administrar la prueba de COVID-19 a mi hijo/a.

Derechos del paciente y prácticas de privacidad

a) Aviso de prácticas de privacidad y derechos del paciente: El “Aviso de prácticas de privacidad” de UC San Diego Health describe cómo puede usar y revelar su información de salud protegida y está disponible en este sitio web:

<https://health.ucsd.edu/hipaa/Pages/hipaa.aspx>

b) Divulgación a autoridades gubernamentales: Comprendo y estoy de acuerdo con que UC San Diego Health y/o el Distrito Escolar Unificado de San Diego revele la información de los resultados de pruebas e información asociada a las entidades apropiadas del condado y el estado como lo requiere la ley.

Nombre del estudiante: _____
Nombre Apellido

Fecha de nacimiento del estudiante: _____
Mes / Día / Año

Escuela a la que asiste: _____ Grado: _____ Maestro _____

Firma del estudiante (de 12 años y mayores) _____ Fecha: _____

Firma de padre, madre o tutor legal _____ Fecha: _____

Nombre de padre, madre o tutor legal _____

Fecha de nacimiento de padre, madre o tutor legal: _____
Mes / Día / Año

Número de teléfono de padre, madre o tutor legal: _____

Correo electrónico de padre, madre o tutor legal: _____