



## DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE SANTA ANA CONSENTIMIENTO INFORMADO/AUTORIZACIÓN PARA PRUEBAS DE COVID-19

**Por favor complete la información para la persona que será evaluada:**

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Nombre del alumno/personal: \_\_\_\_\_ Segundo nombre del alumno/personal: \_\_\_\_\_

Apellido del alumno/personal: \_\_\_\_\_ # de ID del alumno/personal: \_\_\_\_\_

**Para la facturación o cobro de un seguro o un programa gubernamental, favor de proporcionar la información siguiente:**

Compañía de seguros (si la hubiera): \_\_\_\_\_

Póliza de seguro (si corresponde) # \_\_\_\_\_ Marque aquí si no tiene esta información \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social del estudiante / personal \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Marque aquí si no tiene esta información \_\_\_\_\_

Número de ITIN del estudiante / personal \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Marque aquí si no tiene esta información \_\_\_\_\_

**Por favor lea atentamente el consentimiento informado siguiente:**

1. Soy un estudiante del Distrito Escolar Unificado de Santa Ana ("SAUSD"), padre/madre de un estudiante de SAUSD, miembro del profesorado o personal de SAUSD (en adelante "estudiante o miembro del personal"), y autorizo al Distrito Escolar Unificado de Santa Ana y/o un laboratorio independiente que actúa en nombre de SAUSD a realizar la recolección y las pruebas de exposición al Nuevo Coronavirus (COVID-19) a través de un hisopo nasal del cornete medio, muestra de saliva u otro método de recolección de muestras mínimamente o no invasivo según lo indique un proveedor médico autorizado.
2. Entiendo que se usará un método de recolección de muestra mínimamente invasivo para realizar la muestra mediante el hisopo nasal/oral, para causar el mínimo de incomodidad.
3. Entiendo que los laboratorios independientes de SAUSD están operando, según lo permitido por las leyes y regulaciones aplicables, en varias etapas del proceso de presentación, reconocimiento y aprobación de la Autorización de Uso de Emergencia de la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU.
4. Entiendo que, si el estudiante, profesorado o miembro del personal recibe un resultado positivo en la prueba, debo asegurarme de que el estudiante, personal o profesorado cumpla con todos los requisitos federales, estatales y/o locales aplicables con respecto al aislamiento y la cuarentena para evitar infectar a otros.
5. Entiendo que, en caso de una prueba positiva, el SAUSD y/o los individuos o contratistas que actúen en su nombre, pueden comunicarse conmigo y con aquellos que puedan haber estado expuestos al estudiante, profesorado o miembro del personal y la identidad del estudiante, profesorado o miembro del personal puede ser revelada a ciertas personas en la medida necesaria para proteger la salud y seguridad de las personas expuestas.
6. Entiendo que al firmar este documento y aceptar que el estudiante, profesorado o miembro del personal se someterán a la prueba COVID-19, no estoy creando una relación de paciente con SAUSD. Entiendo que SAUSD no actúa como un proveedor médico para el estudiante, profesorado o miembro del personal. Las pruebas no reemplazan el tratamiento de un proveedor médico. Entiendo que el programa de pruebas de SAUSD tiene como único objetivo determinar la existencia de Covid-19 con el propósito de ingresar a un plantel escolar y no estoy confiando en este programa para la confianza personal. Estoy de acuerdo en que es mi responsabilidad tomar las medidas adecuadas con respecto a los resultados de las pruebas para el estudiante, profesorado o miembro del personal. Acepto que es mi responsabilidad buscar consejo médico, atención y tratamiento de un proveedor médico para el estudiante, profesorado o miembro del personal en la medida en que dicho consejo médico, atención



y tratamiento sea necesario. Además, estoy de acuerdo en no responsabilizar a SAUSD o sus agentes y socios contractuales por los actos y la atención médica disponibles o presentados como parte de este programa de pruebas.

7. Entiendo que, al igual que con cualquier prueba médica, existe la posibilidad de que se produzcan resultados falsos positivos o falsos negativos.
8. Entiendo que SAUSD ha contratado a ciertos contratistas y consultores externos para ayudar a administrar su programa de pruebas COVID-19. Además, entiendo que para que el programa de pruebas COVID-19 se administre con éxito, cierta información personal sobre el estudiante, profesorado o miembro del personal deberá comunicarse a dichos contratistas y consultores con el fin de administrar el programa, y sólo en la medida necesaria para la administración del programa de pruebas COVID-19. Esto incluye cierta información contenida en el Sistema de Información Estudiantil *Aeries* de SAUSD (*Aeries SIS*), y puede incluir información de identificación personal protegida por la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia, incluido el nombre del estudiante, la escuela, el nivel de grado y el grupo. Por la presente autorizo expresamente que dicha información sobre el estudiante, profesorado o miembro del personal sea divulgada como se describe en este documento en la medida necesaria para administrar el programa de pruebas COVID-19.
9. Entiendo que no se cobrará directamente ni a mi familia ni a mí por los servicios. Se pueden facturar fuentes de pago de terceros.
10. Al firmar este formulario, reconozco que este consentimiento y autorización es para las pruebas COVID-19 durante el año escolar 2021-2022, desde el 16 de agosto del 2021 hasta el 2 de junio del 2022. Estas pruebas se realizarán semanalmente pero también pueden modificarse para que ocurran dos veces en un período de diez días, de acuerdo con las pautas de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, el Departamento de Salud Pública de California y SAUSD.
11. Al firmar este formulario, reconozco que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de SAUSD.
12. Si bien entiendo que los registros médicos se mantendrán de manera confidencial, reconozco y permito la divulgación de información sobre el tratamiento a terceros pagadores como *Medi-Cal* o compañías de seguros con el propósito de facturación. También reconozco y estoy de acuerdo en permitir que información como el historial de vacunas y/o enfermedades contagiosas se comparta con SAUSD para proteger la salud de otros estudiantes, profesores o miembros del personal. Reconozco y acepto que la información también se puede divulgar a terceros certificados para facilitar la transmisión de registros médicos electrónicos.

### **ACEPTACIÓN**

Se me ha informado sobre el propósito de la prueba, los procedimientos, los posibles beneficios y riesgos, se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas antes de dar mi consentimiento y se me ha dicho que puedo hacer otras preguntas en cualquier momento. Acepto voluntariamente hacerme la prueba de COVID-19.

Firma: \_\_\_\_\_ Parentesco con el alumno/a: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del firmante: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### **PARA USO OFICIAL SOLAMENTE:**

Signature Verified by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



## DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE SANTA ANA

### SALUD ESTUDIANTIL Y SERVICIOS HUMANOS - AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar la información médica sobre usted o su hijo/a, y cómo puede acceder a esta información. Por favor revise este documento detenidamente. El Distrito Escolar Unificado de Santa Ana (SAUSD) y sus escuelas/agentes contratados están obligados por ley federal, la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés) y la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA) para asegurarse de que su Información Médica Protegida (PHI) se mantenga privada. La PHI incluye información que hemos creado o recibido sobre usted o las condiciones de salud/médicas pasadas, presentes o futuras de su hijo/a que podría usarse para identificarlo a usted o a su hijo/a. A menos que nos dé una autorización por escrito, solo divulgaremos su información médica/de salud para tratamiento, pago u operaciones de atención médica o cuando la ley nos exija o permita que lo hagamos. No se enumeran todos los usos, pero las formas en que podemos usar y la información de divulgación se encuentran dentro de una de las descripciones a continuación.

- 1. Recordatorios de citas y beneficios o servicios relacionados con la salud:** Podemos usar PHI para enviarle recordatorios de citas. También podemos usar PHI para brindarle información sobre otros tratamientos y servicios relacionados con la atención médica.
- 2. Tratamiento:** Podemos usar y divulgar su PHI a los que le brindan servicios de atención médica o que están involucrados con usted o la atención de su hijo, como médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud. La PHI también se puede utilizar para derivaciones a hospitales, especialistas o para otras alternativas de tratamiento. Por ejemplo, podemos compartir la PHI con el personal escolar relevante para los propósitos del Programa Educativo Individualizado (IEP) para recomendar servicios adecuados relacionados con la Educación Especial para abordar las necesidades de salud de su hijo/a mientras está en la escuela.
- 3. Recibir el pago por el tratamiento que se le brindó a usted o a su hijo/a:** Podemos usar y divulgar su PHI para facturar y recibir pago por el tratamiento y servicios que usted o su hijo/a recibieron en la escuela o en la comunidad. Por ejemplo, los proveedores contratados de SAUSD facturarán las pruebas y los servicios médicos a las agencias gubernamentales o compañías de seguros.
- 4. Operaciones de atención médica:** Podemos usar y divulgar su PHI para administrar nuestros centros de salud en la escuela. Por ejemplo, los miembros de nuestro equipo de mejora de la calidad pueden utilizar la información en su expediente médico o en el de su hijo/a para revisar la atención y resultados con el fin de mejorar la calidad.
- 5. Para cumplir con requisitos legales:** Podemos usar y divulgar PHI a funcionarios gubernamentales o agencias de aplicación de la ley cuando las leyes federales, estatales o locales así lo requieran. También compartimos PHI cuando se nos exige hacerlo en un tribunal u otros procedimientos legales. Por ejemplo, si una ley dice que debemos reportar información privada sobre alumnos que han sido abusados, proporcionaremos dicha información.
- 6. Para informar actividades de salud pública:** Podemos usar y divulgar PHI a funcionarios gubernamentales a cargo de recopilar cierta información de salud pública. Por ejemplo, compartimos información general sobre vacunas, muertes y cierta información estadística sobre enfermedades como la tos ferina o la varicela.
- 7. Para fines de investigación:** No divulgamos PHI con fines de investigación médica. Sin embargo, usamos PHI para crear una colección de información que no se puede rastrear hasta usted o su hijo/a.
- 8. Para evitar daños:** Para evitar una amenaza grave a la salud y la seguridad de una persona o del público, podemos proporcionar PHI a las fuerzas del orden, al personal de emergencia u otras personas que puedan detener o disminuir el daño.
- 9. Fondos:** Podemos usar y divulgar PHI para solicitar subvenciones y/o a agencias de financiamiento del gobierno para obtener fondos para la mejora y expansión de nuestros servicios. (Aunque está permitido por la ley, no es práctica de SAUSD usar o divulgar su PHI de una manera que se pueda rastrear hasta usted o su hijo/a).

#### Sus derechos

- Ver u obtener una copia de la información que tenemos sobre usted o su hijo/a, o corregir información personal de usted o su hijo/a que cree que falta o es incorrecta. Si otra persona (como su médico) nos dio la información, le diremos quién, para que pueda pedirle que la corrija.
- Pedirnos que no usemos su información médica para pagos o actividades de operaciones de atención médica. (No estamos obligados a aceptar estas peticiones).
- Solicitarnos que nos comuniquemos con usted sobre asuntos de salud utilizando medios alternativos razonables o en una dirección diferente, si las comunicaciones a su domicilio particular pudieran ponerlo/a en peligro.
- Tiene derecho a retirar o revocar su consentimiento por escrito en cualquier momento. Sin embargo, podemos negarnos a seguir tratando a un niño/a si el padre/madre revoca su consentimiento.
- Recibir una lista de las divulgaciones de su información médica que hacemos, excepto cuando:
  - Usted ha autorizado la divulgación;
  - La divulgación se realiza para tratamiento, pago u operaciones de atención médica; o
  - La ley, de alguna otra manera, restringe la contabilidad.

Si tiene alguna pregunta, llame al Distrito Escolar Unificado de Santa Ana al (714) 558-5501.

#### Proceso de quejas

Si cree que podemos haber infringido sus derechos de privacidad, puede enviar su queja por escrito a:

Santa Ana Unified School District Student Health and Risk Services  
1601 East Chestnut Avenue, Santa Ana, CA 92701-6322