

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE INGLEWOOD
AUTORIZACIÓN PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE
SALUD

Esta Autorización describe cómo podemos usar y divulgar su información para facilitar el programa de pruebas COVID-19 y de participación de la comunidad escolar del Distrito Escolar Unificado de Inglewood ("IUSD").

Al llenar este documento autoriza la divulgación y el uso de información médica sobre usted. Proporcione toda la información solicitada o esta autorización podría quedar sin validez.

Autorización necesaria para hacer la prueba. Por medio la presente autorizo al IUSD a utilizar y divulgar la siguiente información sobre la persona identificada a continuación (denominada "yo", "a mí" o "mi" en esta Autorización):

Toda la información que me identifica o que se relaciona con las pruebas de exposición al nuevo Coronavirus de 2019 (COVID-19) que se recoge o se cree como parte del programa de pruebas y de participación de la comunidad escolar del IUSD, incluyendo y sin limitarse a los resultados de mi prueba de COVID-19.

Autorizo al IUSD a utilizar y divulgar la información anterior para cualquier propósito relacionado con el programa de pruebas y de participación de la comunidad escolar del IUSD, incluyendo la utilización y divulgación requerida por la ley, divulgación a cualquier condado, estado, así como otra agencia gubernamental de salud pública u otra agencia con jurisdicción, divulgación a contratistas y proveedores del IUSD en relación y socios de investigación con el fin de asistir en el diseño, el desarrollo y la operación del programa de pruebas.

Además autorizo al IUSD a divulgar la información anterior con fines de investigación de salud pública, para los cuales no se publicará información individual, con fines de obtener el pago o el reembolso de las pruebas y los servicios relacionados, o con fines de notificar a los padres, maestros u otro personal, o a los miembros del público acerca de la exposición y las tasas de infección en la escuela y la comunidad, lo cual puede incluir, sin limitación, la publicación en el sitio web del IUSD o a través de las noticias u otros medios de comunicación, y que puede hacerse de una manera que no incluya mi nombre, pero a partir de la cual se podría determinar potencialmente mi identidad.

Expiración. Esta Autorización expirará después de un período de un (1) año.

Entiendo mis derechos. Entiendo que:

Puedo negarme a firmar esta Autorización;

El rehusarme a firmar esta autorización no dará lugar a que el IUSD se niegue a dar tratamiento para cualquier condición de atención médica o pago por

atención médica que de otro modo se proporcionaría, o que el IUSD niegue cualquier elegibilidad o inscripción existente en cualquier programa de beneficios de salud;

Tengo derecho a recibir una copia de esta Autorización;

Puedo revocar esta autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito y enviarla a:

Inglewood Unified School District
401 South Inglewood Avenue
Inglewood, CA 90301

Divulgación posterior. Entiendo que la información divulgada de conformidad con esta Autorización podría ser divulgada a su vez por el destinatario. Dicha divulgación en algunos casos no está prohibida por la ley aplicable y puede ya no estar protegida por las leyes federales de confidencialidad, como la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA).

Por favor escriba con letra de imprenta el Nombre de la Persona para quien se da esta Autorización (*por ej.*, nombre del estudiante, empleado u otra persona a la que se le va a hacer la prueba):

Estudiante Empleado Otro (Describa):

Firma del adulto o padre/madre/tutor del menor al que se le va a hacer la prueba y para quien se le está dando autorización:

Fecha:

Si está firmado por otra persona que no sea el paciente, indique el parentesco y escriba el nombre y apellido en letra de molde:

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE INGLEWOOD
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS PRUEBAS PERIÓDICAS DE COVID-19
PARA LA INSTRUCCIÓN HÍBRIDA

| | | |
|--|---|---------------------|
| Apellido del Individuo que Recibió la Prueba | Nombre | Segundo Nombre |
| Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa) | Grado | Teléfono del hogar: |
| Nombre de la Escuela | Núm. de Teléfono de Emergencia del Padre, Madre o Tutor Legal | |

Por favor lea cuidadosamente la información del consentimiento informado que aparece a continuación:

- Yo, a nombre mío, o a nombre de mi hijo, hija, o dependiente legal, (el "estudiante"), he proporcionado previamente mi consentimiento informado al Distrito Escolar Unificado de Inglewood (en lo sucesivo el "IUSD") y/o a un laboratorio independiente que desempeña funciones a nombre del IUSD, a llevar a cabo la toma de una muestra y prueba para determinar si una persona estuvo en contacto con el nuevo Corona Virus de 2019 (COVID-19).
- Entiendo que el Distrito incorpora las pruebas COVID-19 en las operaciones escolares habituales, y como parte del Regreso a la Escuela proporcionará pruebas periódicas en el plantel educativo durante el día escolar a una hora designada previamente para las cohortes de la mañana y de la tarde.
- Reconozco que las pruebas se proporcionarán inicialmente de forma semanal a todos los estudiantes en la instrucción híbrida, sujeto a ajustes en la frecuencia basada en la orientación de la salud pública y la prevalencia del virus en la comunidad.
- Reconozco que cada hijo menor de edad para el que he proporcionado previamente el consentimiento para la prueba puede participar en la toma de prueba COVID-19 durante el horario escolar sin mi presencia, mientras participen en la instrucción híbrida.
- Al firmar este formulario, yo reconozco que el anterior consentimiento informado que proporcioné para las pruebas de COVID-19 para el estudiante se aplicará a las pruebas periódicas descritas en este documento. Dicho formulario se agrega al presente documento para incorporarlo íntegramente al mismo.

ACEPTACIÓN

Yo, el abajo firmante, por la presente doy mi consentimiento para que el estudiante participe en las pruebas periódicas para COVID 19 como se establece en el presente documento.

| | | |
|---|----------------------------|--------------------|
| Firma | Relación con el Estudiante | Fecha (mm/dd/aaaa) |
| Domicilio | Teléfono | |
| Firma verificada por (SÓLO PARA USO OFICIAL) | Fecha (mm/dd/aaaa) | |

GENSTAR LABS

On behalf of

INGLEWOOD UNIFIED SCHOOL DISTRICT

STUDENT DEMOGRAPHICS

NAME OF SCHOOL: _____

GRADE: _____

PHONE NUMBER: _____

EMAIL: _____

1. Student Name: _____
2. Parent/Legal Guardian Name (if applicable): _____
3. Employee Name (if applicable): _____
4. Date of Birth: _____
5. Address: _____

6. Social Security (if applicant has medical insurance): _____
7. Insurance Company (if applicable): _____
8. Policy Number (if applicable): _____
9. **If Uninsured Please Sign Here:** _____

PARENT/LEGAL GUARDIAN OR EMPLOYEE SIGNATURE ACKNOWLEDGMENT:

SIGN: _____ DATE: _____

GENSTAR LABS

En nombre de

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE INGLEWOOD

DEMOGRAFÍA DE LOS ESTUDIANTES

NOMBRE DE LA ESCUELA: _____

GRADO: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

NÚMERO DE TELÉFONO: _____

1. Nombre del estudiante: _____

2. Nombre del padre/tutor legal (si corresponde): _____

3. Nombre del empleado: _____

4. Fecha de nacimiento: _____

5. Dirección: _____

6. Seguro Social (si el solicitante tiene seguro médico): _____

7. Compañía de seguros (si corresponde): _____

8. Número de póliza (si corresponde): _____

9. Si no tiene seguro, por favor firme aquí: _____

RECONOCIMIENTO DE LA FIRMA DEL PADRE/TUTOR LEGAL P EMPLEADO:

FIRMAR: _____ FECHA: _____