

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR PRUEBAS**

Yo, como padre, tutor legal o custodio de \_\_\_\_\_, un menor de edad, por la presente CONSENTIENTO VOLUNTARIAMENTE y autorizo a la Junta de Educación del Distrito Escolar 99 de Cícero (el "Distrito"), a realizar una prueba de saliva (esputo) con el fin de poder detectar la presencia del virus COVID-19 en mi hijo/a. Entiendo que la información obtenida durante el curso de la prueba de mi hijo/a será comunicada, pero no será evaluada por el Distrito. La prueba será evaluada por un profesional médico externo, que revisará los resultados de esta prueba básica para intentar determinar si mi hijo/a tiene COVID-19. Por lo tanto, también doy mi consentimiento voluntario para que cualquier profesional médico externo revise y evalúe los resultados de dichas pruebas.

Reconozco que este consentimiento para hacer las pruebas es válido por un año natural a partir de la fecha de ejecución y la expiración de dicho consentimiento no afecta ni invalida la autorización o la exención de responsabilidad expuestos en este documento ante cualquier reclamación o queja.

## **RESULTADOS NO GARANTIZADOS; AUTORIZACIÓN Y EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Entiendo que incluso si a mi hijo/a le realizan la prueba de saliva SHIELD, no hay una certeza garantizada de que el COVID-19 sea detectado por dicha prueba. Además, entiendo que mi hijo podría contraer el COVID 19 después de realizarse la prueba y, por lo tanto, la prueba no lo detectaría. DE ESTE MODO, RECONOZCO Y ACEPTO QUE EL DISTRITO NO PUEDE DAR, NO DA, Y RENUNCIA EXPRESAMENTE A DAR NINGUNA GARANTÍA DE QUE SI SU HIJO/A TIENE COVID-19, ÉSTE SERÁ DETECTADO POR CUALQUIERA DE LAS PRUEBAS REALIZADAS POR EL DISTRITO.

**Como tal, yo, en mi nombre y en el de mi hijo/a, y nuestros cesionarios, legatarios, herederos, tutores, parientes más cercanos, cónyuge y representantes legales (las "Partes Exonerantes"), por la presente y de forma absoluta, total y permanente libero, eximo, renuncio a acusar, dispenso, y libro al Distrito (como se identificó anteriormente), a cualquier profesional médico que trabaje en conjunto con el Distrito, y a todos y cada uno de sus respectivos directores, oficiales, voluntarios, agentes, contratistas y representantes (las "Partes Exoneradas"), de todas y cada una de las acciones o causas de acción, reclamaciones reales o supuestas de cualquier tipo o encubiertas, devengadas o no devengadas, sospechadas o insospechadas, que cualquier Parte Exonerante pudiera ahora reclamar tener, o que pudiera presentar en el futuro, que surja de, en conexión con, como consecuencia de, de alguna manera que involucre o esté relacionado con el desempeño, interpretación y comunicación de los resultados de cualquiera de las pruebas o realización de las mismas como se describe en este documento, incluyendo pero no limitado a cualquier error en la detección de COVID-19 que resulte en lesiones personales o la muerte de mi hijo/a, ya sea debido a las limitaciones inherentes en los procedimientos de realización de la prueba, la negligencia de cualquiera de las Partes Exoneradas u otros aspectos que se deriven de la realización de la prueba.** También acepto que yo, mi hijo/a, los cesionarios, legatarios, herederos, tutores, parientes más cercanos, cónyuge y representantes legales no presentaremos ninguna reclamación, demandaremos o embargaremos la propiedad de cualquier Parte Exonerada en relación con cualquiera de los asuntos cubiertos por este comunicado.

Reconozco y acepto que soy responsable de realizar el seguimiento apropiado y las acciones adicionales necesarias en nombre de mi hijo/a al recibir un resultado positivo de la prueba, que incluyen, pero que no están limitadas a que se realicen pruebas adicionales a mi hijo/a para confirmar el resultado, consultado con el médico personal de mi hijo/a y / o siguiendo los procedimientos de cuarentena recomendados por el Departamento de Salud Pública de Illinois u otras organizaciones gubernamentales.

Entiendo y reconozco que soy libre de que se realicen pruebas adicionales de COVID-19 a mi hijo/a en cualquier momento si así lo estimo oportuno.

### **REALIZACIÓN DE LAS PRUEBAS**

Para poder realizar la prueba de saliva SHIELD en mi hijo/a, entiendo y reconozco que el administrador de la prueba necesitará tomar una muestra de saliva de mi hijo/a. Por la presente, doy mi consentimiento voluntario para que se le realice la prueba a mi hijo/a en dicha forma y manera. Reconozco y entiendo que yo, o mi hijo/a, podemos detener cualquier procedimiento de prueba en cualquier momento por cualquier motivo o sin motivo alguno.

Si ocurriera algún evento médico o emergencia durante la prueba, aunque se hará todo lo posible para contactar al padre / tutor / custodio, por la presente doy mi consentimiento para cualquier tratamiento que pueda ser necesario como resultado de un evento médico o emergencia mientras mi hijo/a participa en la prueba. Entiendo que la cobertura de salud / accidentes es responsabilidad del participante o de su padre / tutor / custodio legal.

### **PUBLICACIÓN DE RESULTADOS**

Por la presente también doy voluntariamente mi consentimiento al Distrito para tomar cualquier acción necesaria debido a los resultados de la prueba de saliva de SHIELD y entiendo que el nombre de mi hijo/a no será divulgado en ningún momento con respecto a dichos resultados sin mi consentimiento previo por escrito a menos que se requiera lo contrario de conformidad con el Departamento de Illinois de Salud Pública y / o cualquier otra ley o reglamento. Además, doy mi consentimiento para la inclusión de los resultados de cualquier prueba realizada a mi hijo/a en un banco de datos que se utilizará para realizar más estudios e investigaciones sobre el COVID-19, así como para ayudar a controlar la propagación del virus. Entiendo que estos datos se utilizarán con fines científicos y recibirán solo un tratamiento estadístico impersonal y que los datos personales individualizados de mi hijo/a no se revelarán a otra persona sin mi consentimiento previo por escrito o de conformidad con los requisitos enumerados anteriormente. Además, reconozco que puedo divulgar la participación y / o los resultados de las pruebas en cualquier momento sin penalización de ningún tipo.

NOMBRE: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

