

EXPOSICIÓN 2

CONSENTIMIENTO PARA LA PRUEBA DE PCR SALIVA
CONDADO DE WESTCHESTER
PROGRAMA DE LAS ESCUELAS PARA PRUEBAS DE SELECCIÓN DE COVID-19

Nombre del Estudiante\Maestro\Personal: _____

Grado del estudiante _____ Nombre de la Escuela: _____

Dirección del Estudiante\Maestro\Personal: _____

Ciudad / Estado: _____ Código postal: _____

Fecha de cumpleaños: _____ Género _____

Raza (Marque Todo que Aplique): _____ Grupo Étnico: (Marque Uno)

Indio Americano o Nativo de Alaska
Negro o Africano Americano
Blanco
Asiático
Nativo de Hawái/Islas Pacíficas
Otro
No Sabe

Hispano o Latino
No Hispano o Latino
No Sabe

¿Su hijo o usted ha tenido pruebas positivas de detección de COVID-19 en los últimos 90 días? Sí _____ No _____
Si positivo, fecha del examen positivo: _____

- Autorizo al Westchester County Department of Health (“WCDH”), y sus contratistas a recibir muestras de saliva recolectadas por sí mismo de parte del anterior nombrado individuo y realizar pruebas de detección de COVID-19 en esas muestras.
- He leído y entiendo las Preguntas Más Frecuentes adjuntas sobre el Programa de Pruebas de Selección de COVID-19 (el Programa) de las escuelas del Condado de Westchester. Entiendo que este programa de pruebas no tendrá ningún costo para mí. Autorizo la divulgación de toda la información necesaria para fines de salud pública tal, como indicado en las Preguntas Más Frecuentes.
- Al firmar esto, yo doy permiso para que mi hijo / tutor legal o yo mismo participemos en este programa de pruebas voluntarias.
- Yo puedo revocar mi permiso para participar en el programa de pruebas en cualquier momento notificando por escrito a la enfermera de la escuela o a quien la escuela designe por escrito para recibir tal notificación.
- Yo entiendo que si mi hijo/tutor legal/o yo ha dado positivo en los últimos 90 días, mi hijo/tutor legal/o yo no podrá participar en el programa hasta que hayan pasado 90 días desde el resultado positivo de la prueba.
- Yo entiendo y reconozco que WCDH, sus socios de pruebas y [nombre del distrito] no actúan como proveedores médicos y este programa de detección no es para realizar pruebas si una persona está enferma o expuesta a una persona con COVID-19. Recibiré resultados positivos en las pruebas y tomaré las medidas necesarias.

He leído este formulario y todas mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente. Al firmar este formulario, reconozco que he leído y acepto todo lo anterior.

Firma del estudiante / Firma del padre / tutor si el estudiante es menor de 18 años/ Maestro o Personal De la Escuela

Nombre en letra de imprenta: _____

Relación del padre / tutor con el estudiante si el estudiante es menor de 18 años: _____

Teléfono del padre / tutor: si el estudiante es menor de 18 años: _____

Fecha: _____

PROGRAMA DE PRUEBAS DE SELECCIÓN COVID-19 DE LAS ESCUELAS DEL CONDADO DE WESTCHESTER
PREGUNTAS MAS FRECUENTES

¿Cuál es el propósito de este formulario?

El Condado de Westchester, actuando a través del Departamento de Salud del Condado ("WCDH"), patrocina el Programa de Pruebas de Detección COVID-19 de las Escuelas del Condado de Westchester (el "Programa") para todas las escuelas y distritos escolares del Condado de Westchester. WCDH patrocina el Programa, junto con sus socios de prueba: Mount Sinai Health Systems, Inc., Mirimus Inc. y Quadrant Biosciences, Inc. ("Socios de prueba"). Su distrito escolar ha optado por participar en el Programa, que es una Prueba de saliva COVID-19 PCR GRATUITA para los maestros, estudiantes y personal de nuestras escuelas. Puede comunicarse con Rosie Finizio, lazo/liaison de padres en el Condado de Westchester llamando al 914-995-2501 o por correo electrónico, RFinizio@westchestergov.com, o la escuela de su estudiante, si tiene alguna pregunta.

- Estas preguntas frecuentes le brindan información sobre el Programa, incluido el proceso de prueba, los beneficios y las limitaciones de la prueba, cómo se protegerá su información privada y el proceso para notificarle los resultados de la prueba.
- Los socios de pruebas del condado están sujetos a las leyes federales y estatales que les exigen que mantengan la confidencialidad de cualquier información personal que usted acepte proporcionarles para el programa. Nuestros socios de prueba se toman muy en serio su obligación de proteger su información, y no usarán ni divulgarán su información de otra manera que no sea como se describe en el Formulario de autorización para divulgar información médica protegida o según lo requiera o permita la ley o el reglamento.
- El Programa está sujeto a que el Condado reciba fondos de Health Research, Inc. y de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades federales para operar el Programa.

¿Qué pasará una vez que dé mi consentimiento para participar en esta parte del Programa?

- Los socios de pruebas del condado analizarán cada muestra de saliva que reciban utilizando plataformas de prueba que se utilizan para analizar COVID-19 en laboratorios de todo el país.
- Los socios de prueba probarán cada muestra, ya sea individualmente o en un grupo (conjunto) con otras muestras. Las muestras grupales (combinadas) que sean positivas para COVID-19 luego se analizarán individualmente para identificar la muestra positiva. Cuando se encuentra un resultado positivo, se notificará a la persona (o su padre / tutor) y a la escuela de la persona.

¿Cómo funciona el proceso de prueba?

- Una vez que dé su consentimiento para participar en el Programa de pruebas de detección COVID-19 de las escuelas del Condado de Westchester, su estudiante dará una pequeña muestra de saliva para cada evento de prueba designado, y esa muestra se enviará a un laboratorio para su análisis. En la mayoría de los casos, las muestras de saliva se pueden recolectar desde la comodidad y privacidad del hogar utilizando kits de prueba distribuidos previamente. Su estudiante devolverá las muestras a la escuela en los días de prueba designados para transportarlas a los laboratorios. En algunos casos, las muestras de saliva se administrarán bajo la supervisión del personal capacitado de los socios de pruebas del condado. En todos los casos, los eventos de recolección de muestras estarán diseñados para proteger la seguridad de todos los involucrados.
- Si su estudiante da positivo, se le comunicará el resultado. Los socios de prueba también alertarán a miembros específicos del personal de la escuela que hayan recibido instrucciones sobre cómo proteger su información confidencial. Estos miembros del personal usarán los resultados de las pruebas solo cuando sea necesario para evitar una mayor propagación dentro de la escuela (por ejemplo, el maestro para determinar qué compañeros de clase estuvieron expuestos) y nunca compartirán el nombre de su estudiante.

¿Por qué mi estudiante/ yo no podemos ser evaluados si mi estudiante/ yo dio positivo por COVID en los últimos 90 días?

- Las personas pueden continuar dando resultados positivos en las pruebas hasta por 90 días después de tener COVID-19, incluso después de que se hayan recuperado de sus síntomas y ya no sean contagiosos. Al eliminar del programa de pruebas a las personas que tuvieron un resultado positivo en la prueba en los últimos 90 días, podemos evitar aislar a las personas que en realidad no son contagiosos.
- Al pasar 90 días desde los resultados positivos más recién de la prueba para COVID-19 de su estudiante o de si mismo, su estudiante o usted podrán participar en el Programa de pruebas.

¿Cómo mantendrá mis derechos de privacidad?

- Los socios de pruebas del condado se comprometen a proteger la información personal, incluidos los resultados de las pruebas de su estudiante, del uso, la divulgación o el acceso inapropiados. La ley requiere que los socios de pruebas del condado protejan la información personal de su estudiante y se toman esa obligación en serio.
- En algunos casos, las muestras se etiquetarán solo con un código de barras y no habrá ninguna información de identificación (como el nombre de su estudiante) visible en la muestra. Si no se utilizan códigos de barras y se escribe información personal en la muestra, el personal de pruebas está capacitado para mantener la confidencialidad de estas muestras.
- Nuestros socios de prueba y [nombre del distrito] han acordado que su información personal no se utilizará ni divulgará de ninguna manera, excepto como se describe en este formulario de consentimiento o según lo requiera o permita la ley o el reglamento.
- Nuestros socios de pruebas están obligados por ley a notificar a las autoridades gubernamentales de los resultados positivos de las pruebas, incluida la información demográfica básica sobre las personas examinadas. La misma información personal solicitada en este formulario sería compartida con el Departamento de Salud por cualquier consultorio médico o centro de pruebas en caso de un resultado positivo.
- Nuestros socios de pruebas han implementado protecciones físicas y electrónicas estrictas contra el acceso indebido a la información personal que recopila y mantiene, y mantendrán la información personal de su estudiante de acuerdo con esos protocolos estrictos.

¿Existen posibles riesgos del programa de pruebas?

- La prueba no genera riesgos para la salud. Las pruebas a base de saliva son no invasivas, indoloras y rápidas.
- Aunque las plataformas de prueba que utilizan nuestros socios de pruebas son muy precisas, ninguna prueba de COVID-19 es 100% precisa y es posible que su prueba de detección dé como resultado un falso positivo o un falso negativo. Eso significa que si una prueba de detección arroja un resultado positivo, es posible que no haya infección por COVID-19, y si una prueba de detección arroja un resultado negativo, es posible que haya una infección por COVID-19.
- Los resultados de las pruebas de detección por sí solos no son suficientes para detectar o descartar la posibilidad de que una persona haya estado expuesta o esté infectada con el virus que causa COVID-19. Existe la posibilidad de que una prueba de detección produzca resultados falsos positivos o falsos negativos.

¿Cuáles son los posibles beneficios de participar en el programa?

- El programa de pruebas de las Escuelas del Condado de Westchester está diseñado para ayudar a detener o retrasar la propagación de COVID-19 en su escuela y más allá, identificando las infecciones por COVID-19 rápidamente y ayudando a los que dan positivo a la prueba a aislarse de manera segura hasta que se recuperen. Al identificar las infecciones por COVID-19 rápidamente, antes de que tengan la oportunidad de propagarse, el programa está diseñado para brindar un ambiente más seguro para todos.

Exposición 3
Autorización para Divulgar Información Médica Protegida (Resultados de la Prueba COVID)

Nombre del Estudiante\Maestro\Personal: _____

Dirección del Estudiante\Maestro\Personal: _____

Ciudad / Estado: _____ Código postal: _____

Fecha de cumpleaños: _____ Teléfono: _____

Yo autorizo al Departamento de Salud del Condado de Westchester y sus socios de pruebas (Mount Sinai Health Systems, Inc.; Mirimus Inc. Y Quadrant Biosciences, Inc.) a divulgar la información de salud de la persona mencionada anteriormente de la siguiente manera:

Nombre de la persona / entidad a la que se enviará esta información ("Destinatario")

Nombre: _____ Distrito Escolar

Dirección: _____

Descripción de la Información a Divulgar: LOS RESULTADOS DE LA PRUEBA DEL PCR DE SALIVA COVID-19 ("Información COVID") del individuo nombrado antemano.

Propósito de La Divulgación: PARTICIPAR EN EL PROGRAMA DE PRUEBAS DE DETECCIÓN DE COVID Y ASISTENCIA A LA ESCUELA.

Esta autorización expira un año después de la fecha en que se firmó.

Esta autorización permite la divulgación de información de los resultados de la prueba de COVID-19 de la persona mencionada anteriormente al "Destinatario" mencionado anteriormente, de forma continua para la cantidad de pruebas que se someta a dicha persona antes de la expiración de esta autorización.

1. Yo entiendo que cualquier divulgación está sujeta a la Ley de Portabilidad del Seguro Médico de 1997 (HIPPA) 45 C.F.R. pts 160 & 164; y la nueva divulgación de esta información a una parte que no sea la designada anteriormente está prohibida sin autorización por escrito de mi parte, a menos que sea requerido o permitido por la ley o reglamento
2. Yo entiendo que WCDH y sus contratistas de pruebas no tienen la habilidad para evitar la divulgación nueva de mi información COVID por el Destinatario.
3. El firmar esta autorización es voluntario. Entiendo que tengo el derecho revocar esta autorización en cualquier momento, excepto para al extenso que WCDH y sus contratistas de pruebas han actuado a base de esta autorización. Entiendo que si yo revocase esta autorización, yo tengo que hacerlo por escrito a la enfermera de la escuela o a quien la escuela a designado por escrito para recibir tal correspondencia.

He leído este formulario y todas mis preguntas han sido contestadas satisfactoriamente. Al firmar este formulario, yo reconozco que lo he leído, entendido y acepto todo lo anterior.

He leído este formulario y todas mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente. Al firmar este formulario, reconozco que he leído y acepto todo lo anterior.

Firma del estudiante / Firma del padre / tutor si el estudiante es menor de 18 años/ Maestro/ Personal

Nombre en letra de imprenta: _____

Relación del padre / tutor con el estudiante si el estudiante es menor de 18 años: _____

Dirección del Padre/Guardián Legal si el estudiante es menor de 18 años _____

Dirección Electrónica del Padre/Guardián Legal si el estudiante es menor de 18 años _____

Teléfono del padre / tutor: si el estudiante es menor de 18 años: _____

Fecha: _____