

Consentimiento del cuidador para la prueba de COVID-19.

A partir del 4 de enero del 2021, el Distrito Escolar de la Ciudad de Ithaca comenzará un programa de pruebas de vigilancia de COVID-19 para estudiantes y colaboradores de la escuela. Nuestro distrito no está obligado a participar en pruebas. Nuestras escuelas no pertenecen a ninguno de los [grupos o zonas](#) identificadas por el estado. Esto refleja nuestro compromiso de mantener nuestras escuelas abiertas para el aprendizaje tanto a distancia como presencial.

Las enfermeras escolares y otro personal capacitado utilizarán los kits de prueba proporcionados por el Departamento de Salud de Nueva York. La muestra consiste en un hisopo que se ingresa por la nariz. Los exámenes son gratuitos y se proporcionan sin costo alguno para los estudiantes y el cuerpo docente. En concordancia con los lineamientos del estado de New York catalogado como “zona amarilla”, cada dos semanas evaluaremos el 20% de los estudiantes presenciales y el equipo docente

En preparación, el Distrito Escolar de la Ciudad de Ithaca le solicita completar el formulario de consentimiento indicado a continuación. Esto permitirá que sus hijos se realicen la prueba de COVID-19 en la escuela. No haremos pruebas a su (s) hijo (a) sin su consentimiento.

Como siempre, envíe sus preguntas o inquietudes a través de [Let's Talk](#) o llame al (607) 274.2101 o comuníquese con la enfermera de su escuela. Visite nuestra pagina web para obtener un directorio de enfermeras escolares:

<https://www.ithacacityschools.org/districtpage.cfm?pageid=381>

Para más información visite la página: <https://www.ithacacityschools.org/reopen>

*Requerido.

1. Primer Nombre del Niño:*

2. Apellido del niño:*

3. Grado del Niño: *

Pre-Kinder

Kinder

1er Grado

2do Grado

3er Grado

4to Grado

5to Grado

6to Grado

7mo Grado

8vo Grado

9no Grado

10mo Grado

11mo Grado

12mo Grado

4. Fecha de Nacimiento del niño: *

Ejemplo: Enero 7, 2019.

5. Número de identificación del estudiante de ICSD:

Si no lo sabe, dejar en blanco.

6. Escuela del niño:*

Escuela Primaria Belle Sherman

Escuela Primaria Beverly J. Martin

Escuela Secundaria Boynton.

Escuela Primaria Caroline.

Escuela Primaria Cayuga Heights.

Escuela Secundaria DeWitt.

Escuela Primaria Enfield.

Escuela Primaria Fall Creek .

Ithaca High School

Escuela Alternativa Comunitaria Lehman

Escuela Primaria Northeast.

Escuela Primaria South Hill.

Completando los campos de abajo, doy fe de ello:
(debe ser completado por el padre/tutor para los niños menores de 18 años?)

- **Autorizo que se realice una prueba para COVID-19 según lo ordenado por el proveedor autorizado (o el médico de mi hijo o dependiente legal o proveedor de atención médica autorizado)**
- **Entiendo que mi hijo puede ser examinado en múltiples ocasiones hasta el 30 de junio de 2021, y que las pruebas pueden ocurrir (1) según lo programado por el ICSD (2) si exhiben uno o más síntomas de COVID-19, o (3) si son un contacto cercano de un estudiante, maestro o miembro del personal con la infección de COVID-19.**
- **Autorizo el intercambio de información de salud protegida (PHI) e información de identificación personal según lo permitido por la ley para fines de presentación de informes.**
- **Entiendo que este formulario de consentimiento será válido hasta el final del año escolar 2020-2021, a menos de que se notifique por escrito a la persona de contacto designada por escuela de mi hijo para revocar mi consentimiento.**

7. Nombre del padre/tutor completando este formulario: *

(Primer y segundo nombre)

8. Relación con el niño:

Seleccione sola una opción.

Padre.

Guardian Legal.

Persona que posee orden de custodia legal.

Persona en relación parental.

Contactos de emergencia del estudiante.

En caso de que necesitemos enviar a los estudiantes a la casa.

Contacto de Emergencia 1.

9. Nombre del contacto de Emergencia #1:

(Nombre y Apellido)

10. Número de teléfono del contacto de emergencia #1:

11. Correo Electrónico del contacto de emergencia #1:

12. ¿Da permiso para que este contacto recoja a su hijo de la escuela en caso de emergencia?

Seleccione solo una opción.

Si

No

13. Dirección del contacto de emergencia #1:

14. ¿Se puede transportar el estudiante a esta dirección en caso de emergencia?

Seleccione solo una opción.

Sí

No

Contacto de emergencia 2.

15. Nombre del contacto de Emergencia #2:

(Nombre y Apellido)

16. Número de teléfono del contacto de emergencia #2:

17. Correo Electrónico del contacto de emergencia #2:

18. ¿Da permiso para que este contacto recoja a su hijo de la escuela en caso de emergencia?

Seleccione solo una opción.

Si

No

19. Dirección del contacto de emergencia #2:

20. ¿Se puede transportar el estudiante a esta dirección en caso de emergencia?

Seleccione solo una opción.

Si

No