



**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LAS PRUEBAS DE COVID-19  
DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DE LA CIUDAD DE NUEVA YORK**

**¿De qué se trata este formulario?**

En este formulario, solicitamos su autorización para hacerle la prueba de COVID-19 a su hijo. El Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York (NYCDOE), en colaboración con NYC Health + Hospitals y el Departamento de Salud y Salud Mental de la Ciudad de Nueva York, se ha asociado con laboratorios y otros proveedores para realizar pruebas de COVID-19 a los estudiantes, maestros y miembros del personal del NYCDOE.

**¿Con qué frecuencia se le haría la prueba a mi hijo?**

Estamos planificando para que nuestros socios de laboratorio y proveedores de pruebas visiten cada escuela al menos una vez al mes para hacer la prueba de COVID-19 a algunos estudiantes y miembros del personal. Si usted lo autoriza, su hijo puede ser seleccionado para la prueba en una o más de estas ocasiones. Además, a su hijo también se le puede hacer la prueba a lo largo del año escolar (1) de conformidad con lo exigido por el Estado y la Ciudad, como las pruebas semanales en las escuelas ubicadas en zonas amarillas o (2) si presenta uno o más síntomas de COVID-19, o (3) si es un contacto cercano de un estudiante, maestro o miembro del personal contagiado con el virus.

**¿En qué consiste la prueba?**

**Si usted lo autoriza**, a su hijo se le hará una prueba de COVID-19 gratuita. La carta adjunta proporciona más información sobre los tipos de pruebas que pueden utilizarse. Tomar una muestra para la prueba implica insertar un pequeño hisopo, similar a un Q-tips, en la parte delantera de la nariz o recolectar saliva.

**¿Cómo sabré si el resultado de mi hijo es positivo?**

Si a su hijo se le hace la prueba en la escuela, se lo informaremos por medio de una comunicación que enviaremos a casa con el estudiante. Los resultados de la prueba de COVID-19 se informarán generalmente en un plazo de 48 a 72 horas.

**¿Qué debo hacer cuando reciba los resultados de la prueba de mi hijo?**

Si su hijo da positivo en la prueba, comuníquese con el médico de inmediato para revisar los resultados y hablar sobre las medidas que debe tomar. Debe mantener a su hijo en casa e informar a la escuela. Si su hijo da negativo en la prueba, significa que no se detectó el virus en la muestra. Las pruebas **a veces** producen resultados negativos incorrectos (conocidos como “falsos negativos”) en personas que tienen COVID-19. Si su hijo da negativo, pero tiene síntomas de COVID-19, o si le preocupa su posible exposición al virus, debe llamar al médico. Si necesita ayuda para buscar un médico, llame al número (844) NYC-4NYC.

**EL PADRE, TUTOR O ESTUDIANTE MAYOR DE EDAD DEBE LLENAR ESTA SECCIÓN**

**Información del padre o tutor**

Nombre del padre o tutor (en letra de imprenta):	
Dirección del padre o tutor:	
Teléfono o celular del padre o tutor:	
Correo electrónico del padre o tutor:	
Mejor forma de contactarlo:	

Información del menor o estudiante			
Nombre del menor o estudiante (en letra de imprenta):			
N.º de identificación/OSIS del menor o estudiante:		Fecha de nacimiento del menor o estudiante:	
Escuela del menor o estudiante:			
Dirección del menor o estudiante:			

### NOTIFICACIÓN SOBRE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

La ley permite que cierta información sobre su hijo se comparta con y entre ciertas agencias de la Ciudad y el Estado de Nueva York y sus proveedores de servicios contratados, entre ellos los que se enumeran más abajo. Esta información se divulgará solo con fines de salud pública, lo que puede incluir notificar a los contactos cercanos de su hijo si han estado expuestos a COVID-19 y tomar otras medidas para evitar una mayor propagación del virus en su comunidad escolar. La información sobre su hijo que puede ser divulgada a estas agencias y proveedores de servicios que realizan las pruebas de COVID-19 incluye su nombre y sus resultados de las pruebas de COVID-19, su fecha de nacimiento/edad, sexo, raza/etnia, nombre de su escuela, su(s) maestro(s), su salón de clases/cohorte/grupo, su historial de asistencia e inscripción, y su participación en programas para después de clases u otros, nombres de otros miembros de la familia o tutores, dirección, teléfono, celular y correo electrónico. **Solo** se divulgará información sobre su hijo de acuerdo con la ley vigente y las políticas de la Ciudad que protegen la privacidad de los estudiantes y la seguridad de sus datos.

• Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York	• Departamento de Desarrollo Comunitario y de la Juventud de la Ciudad de Nueva York
• Departamento de Salud y Salud Mental de la Ciudad de Nueva York	• NYC Health + Hospitals
• Departamento de Salud del Estado de Nueva York	• Proveedores de servicios contratados para las pruebas de COVID-19

### AUTORIZACIÓN

Al firmar este formulario, certifico que:

- He firmado este formulario de manera libre y voluntaria, y estoy legalmente autorizado a tomar decisiones en nombre del estudiante antes mencionado.
- Doy mi autorización para que a mi hijo se le haga la prueba de COVID-19.
- Entiendo que a mi hijo se le pueden hacer varias pruebas hasta el 30 de septiembre de 2021 y que las pruebas pueden realizarse (1) en los días que programe el Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York de conformidad con lo exigido por el Estado y la Ciudad, como las pruebas semanales en las escuelas ubicadas en zonas amarillas o (2) si presenta uno o más síntomas de COVID-19, o (3) si es un contacto cercano de un estudiante, maestro o miembro del personal contagiado con el virus.
- Entiendo que este formulario de autorización será válido hasta el 30 de septiembre de 2021, a menos que notifique **por escrito** a la persona de contacto designada por la escuela de mi hijo que retiro mi autorización.
- Entiendo que si retiro mi autorización o me niego a firmar, se le puede exigir a mi hijo que continúe su educación a través del aprendizaje a distancia.
- Entiendo que los resultados de las pruebas de mi hijo y otra información pueden ser divulgados según lo establecido por la ley.
- Entiendo que si soy un estudiante mayor de 18 años o si puedo autorizar legalmente el cuidado de mi propia salud, las menciones a "mi hijo" se refieren a mí y puedo firmar este formulario en mi nombre.

Firma del padre o tutor* (si el estudiante es menor de 18 años)		Fecha
Firma del estudiante (si es mayor de 18 años o está facultado para dar su autorización)		Fecha