

Guía Rápida Consentimiento Informado

| PROPÓSITO DEL CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR PRUEBAS DE DETECCIÓN COVID-19 | |
|---|---|
| Este consentimiento tiene el propósito de solicitar su autorización para realizarle a su hijo/a o al menor bajo su custodia o tutela legal (en adelante "estudiante") pruebas de antígenos de detección para COVID-19, como parte de las medidas para la prevención de la transmisión de COVID-19 en la institución educativa en la que se matriculó para el Año Escolar 2022-2023. | |
| Para esto, el Departamento de Salud de Puerto Rico (DSPR) visitará la INSTITUCIÓN: _____. | |
| NOTIFICACIÓN DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN | |
| La Ley Pública Núm. 104-191 de 1996, según enmendada, conocida como <i>Health Insurance Portability and Accountability Act</i> (HIPAA), requiere a toda entidad cubierta la protección de la información de salud del individuo. Esta se define como información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) y permite que cierta información sea compartida entre algunas agencias gubernamentales de Puerto Rico y entre proveedores de servicios de salud contratados, incluyendo el DSPR, la Institución Educativa y el personal en la toma de muestras. Esta información será compartida únicamente para fines de salud pública, lo que puede incluir notificar a los contactos cercanos del estudiante que hayan estado expuestos al COVID-19 para tomar otras medidas preventivas a la propagación del COVID-19 en su escuela. La información del estudiante que pudiera compartirse incluye el nombre y los resultados de la prueba COVID-19, fecha de nacimiento, edad, sexo, nombre de la escuela, maestro(s), salón/cohorte/grupo, historial de matrícula, asistencia, y horario extendido en la escuela u otro programa, nombres de otros miembros de la familia o tutores, dirección, teléfono, número de teléfono celular y dirección de correo electrónico. El intercambio de información del estudiante se hará de acuerdo con las leyes y políticas aplicables que protegen la privacidad de los estudiantes y la seguridad de los datos. Tanto el DSPR como la institución educativa se comprometen a brindar seguridad y privacidad de PHI conforme a la relación jurídica que se crea en virtud de esta gestión. | |
| Certifico haber leído y entendido lo antes mencionado. | |
| Firma de padre/madre/tutor legal/custodio o estudiante emancipado _____ Fecha _____ | |
| PARA SER COMPLETADO POR PADRE/MADRE, TUTOR LEGAL, CUSTODIO O ESTUDIANTE EMANCIPADO | |
| Información del Estudiante | |
| Nombre del Estudiante en letra de molde | |
| Fecha de Nacimiento (MM/DD/AÑO) | |
| Dirección Física | |
| Información de Padre/Madre, Tutor Legal o Custodio | |
| Nombre en letra de molde | <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Custodio |
| En caso de mi ausencia, autorizo a | Parentesco: _____ |
| Teléfono(s) | |
| Correo electrónico | |
| Dirección física | |
| Mejor manera de contactarle | <input type="checkbox"/> Llamada <input type="checkbox"/> Mensaje de texto <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Primera Página

| AUTORIZACIÓN | |
|--|--|
| Al firmar este consentimiento, doy fe que: | |
| <ul style="list-style-type: none"> • He leído y entiendo este formulario libre y voluntariamente, y estoy legalmente autorizado para tomar decisiones por el menor mencionado anteriormente. • Entiendo que al estudiante se le puede realizar la prueba de detección para COVID-19 en varias ocasiones durante el año escolar, que comienza en agosto 2022 y termina el 31 de julio de 2023*. • Entiendo que las pruebas se llevarán a cabo durante días programados por el Departamento de Salud. • Entiendo que este consentimiento será válido hasta el 31 de julio de 2023*, a menos que notifique <u>por escrito</u> a la Autoridad de Salud de la escuela que revoco el mismo. • Entiendo que los resultados de las pruebas y otra información de salud protegida de estudiante podrán ser divulgadas según permitido por la Ley HIPAA y la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA). | |
| <input type="checkbox"/> ACEPTO Y DOY MI CONSENTIMIENTO para que a mi hijo/a o el menor, _____ a mi cargo se le realicen pruebas de antígenos para COVID-19. | |
| Al momento en que se le tome la muestra a mi hijo/a o menor bajo custodia o tutela, YO: | |
| <input type="checkbox"/> DESEO ESTAR PRESENTE. Iniciales de padre/madre/tutor legal/custodio: _____ | |
| <input type="checkbox"/> NO DESEO ESTAR PRESENTE. Iniciales de padre/madre/tutor legal/custodio: _____ | |
| DENEGACIÓN | |
| Al firmar a continuación, doy fe que: | |
| <ul style="list-style-type: none"> • He leído y entiendo este formulario libre y voluntariamente, y estoy legalmente autorizado/a para tomar decisiones por mi hijo/a, mencionado anteriormente. • Entiendo que, esta denegación de consentimiento será válida hasta el 31 de julio de 2023*, a menos que notifique <u>por escrito</u> a la Autoridad de Salud de la escuela que revoco la misma. | |
| <input type="checkbox"/> NO ACEPTO NI DOY MI CONSENTIMIENTO para que a mi hijo/a o el menor, _____ bajo mi custodia se le realicen pruebas de detección para COVID-19. | |
| Firma del Padre/Madre/Tutor Legal/Custodio (si el/la estudiante es menor de 21 años) | Fecha (MM/DD/AÑO) |
| Completar la siguiente sección solamente cuando aplique a estudiantes emancipados o de 21 años o más. | |
| ESTUDIANTES EMANCIPADOS O DE 21 AÑOS O MÁS | |
| <input type="checkbox"/> ACEPTO Y DOY MI CONSENTIMIENTO para que se me realicen las pruebas de detección para COVID-19, y doy fe que entiendo el contenido y alcance de éste, el cual firmo en mi propio nombre. | <input type="checkbox"/> NO ACEPTO NI DOY MI CONSENTIMIENTO para que se me realicen las pruebas de detección para COVID-19 y doy fe que entiendo el contenido y alcance de éste, el cual firmo en mi propio nombre. |
| Firma del Estudiante Emancipado/a (o si tiene 21 años o más) | Fecha (MM/DD/AÑO) |
| *Nota aclaratoria: El año escolar incluye el periodo de verano. | |

Segunda Página



Guía Rápida: Primera Página

Consentimiento Informado



← Contiene logo del DE

CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR PRUEBAS DE DETECCIÓN PARA COVID-19 A ESTUDIANTES

PROPÓSITO DEL CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR PRUEBAS DE DETECCIÓN COVID-19

Este consentimiento tiene el propósito de solicitar su autorización para realizarle a su hijo/a o al menor bajo su custodia o tutela legal (en adelante “estudiante”) pruebas de antígenos de detección para COVID-19, como parte de las medidas para la prevención de la transmisión de COVID-19 en la institución educativa en la que se matriculó para el Año Escolar 2022-2023.

Validar vigencia de Año Escolar

Para esto, el Departamento de Salud de Puerto Rico (DSPR) visitará la INSTITUCIÓN: _____.

Autoridad Escolar debe anotar nombre de la escuela

NOTIFICACIÓN DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN

La Ley Pública Núm. 104-191 de 1996, según enmendada, conocida como *Health Insurance Portability and Accountability Act* (HIPAA), requiere a toda entidad cubierta la protección de la información de salud del individuo. Esta se define como información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) y permite que cierta información sea compartida entre algunas agencias gubernamentales de Puerto Rico y entre proveedores de servicios de salud contratados, incluyendo el DSPR, la Institución Educativa y el personal en la toma de muestras. Esta información será compartida únicamente para fines de salud pública, lo que puede incluir notificar a los contactos cercanos del estudiante que hayan estado expuestos al COVID-19 para tomar otras medidas preventivas a la propagación del COVID-19 en su escuela. La información del estudiante que pudiera compartirse incluye el nombre y los resultados de la prueba COVID-19, fecha de nacimiento, edad, sexo, nombre de la escuela, maestro(s), salón/cohorte/grupo, historial de matrícula, asistencia, y horario extendido en la escuela u otro programa, nombres de otros miembros de la familia o tutores, dirección, teléfono, número de teléfono celular y dirección de correo electrónico. El intercambio de información del estudiante se hará de acuerdo con las leyes y políticas aplicables que protegen la privacidad de los estudiantes y la seguridad de los datos. Tanto el DSPR como la institución educativa se comprometen a brindar seguridad y privacidad de PHI conforme a la relación jurídica que se crea en virtud de esta gestión.

Certifico haber leído y entendido lo antes mencionado.

Firma de padre/madre/tutor legal/custodio o estudiante emancipado

Fecha

← Padre, madre, tutor legal o encargado debe leer y firmar la sección

Guía Rápida: Primera Página

Consentimiento Informado

| PARA SER COMPLETADO POR PADRE/MADRE, TUTOR LEGAL, CUSTODIO O ESTUDIANTE EMANCIPADO | |
|--|---|
| Información del Estudiante | |
| Nombre del Estudiante en letra de molde | <i>Juan del Pueblo Rivera</i> |
| Fecha de Nacimiento (MM/DD/AÑO) | <i>10/22/2012 ó octubre/22/2012</i> |
| Dirección Física | |
| Información de Padre/Madre, Tutor Legal o Custodio | |
| Nombre en letra de molde | <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Custodio |
| En caso de mi ausencia, autorizo a | Parentesco: |
| Teléfono(s) | |
| Correo electrónico | |
| Dirección física | |
| Mejor manera de contactarle | <input type="checkbox"/> Llamada <input type="checkbox"/> Mensaje de texto <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Padre/Madre/Encargado:

← Completa información de estudiante

← Persona **distinta** a quien completa esta hoja (ejemplo: abuelos, tíos, u otros).

← Marcar al menos una (1)

Guía Rápida: Segunda Página

Consentimiento Informado



CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR PRUEBAS DE DETECCIÓN PARA COVID-19 A ESTUDIANTES

AUTORIZACIÓN

Al firmar este consentimiento, doy fe que:

- He leído y entiendo este formulario libre y voluntariamente, y estoy legalmente autorizado para tomar decisiones por el menor mencionado anteriormente.
- Entiendo que al estudiante se le puede realizar la prueba de detección para COVID-19 en varias ocasiones durante el año escolar, que comienza en **agosto 2022** y termina el **31 de julio de 2023***.
- Entiendo que las pruebas se llevarán a cabo durante días programados por el Departamento de Salud.
- Entiendo que este consentimiento será válido hasta el **31 de julio de 2023***, a menos que notifique **por escrito** a la Autoridad de Salud de la escuela que revoco el mismo.
- Entiendo que los resultados de las pruebas y otra información de salud protegida de estudiante podrán ser divulgadas según permitido por la Ley HIPAA y la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA).

ACEPTO Y DOY MI CONSENTIMIENTO para que a mi hijo/a o el menor, _____, a mi cargo se le realicen pruebas de antígenos para COVID-19.

Al momento en que se le tome la muestra a mi hijo/a o menor bajo custodia o tutela, **YO**:

DESEO ESTAR PRESENTE. Iniciales de padre/madre/tutor legal/custodio: _____

NO DESEO ESTAR PRESENTE. Iniciales de padre/madre/tutor legal/custodio: _____

DENEGACIÓN

Al firmar a continuación, doy fe que:

- He leído y entiendo este formulario libre y voluntariamente, y estoy legalmente autorizado/a para tomar decisiones por mi hijo/a, mencionado anteriormente.
- Entiendo que, esta **denegación** de consentimiento será válida hasta el **31 de julio de 2023***, a menos que notifique **por escrito** a la Autoridad de Salud de la escuela que revoco la misma.

NO ACEPTO NI DOY MI CONSENTIMIENTO para que a mi hijo/a o el menor, _____, bajo mi custodia se le realicen pruebas de detección para COVID-19.

Firma del Padre/Madre/Tutor Legal/Custodio (si el/la estudiante es menor de 21 años)

Fecha (MM/DD/AÑO)

Padre/Madre/Encargado:

Marcar esta sección **solamente si acepta** que se le realice la toma de muestra.

Marcar **solamente una (1)** opción si desea o no estar presente en la toma.

Marcar esta sección **solamente si niega** que se le realice la toma de muestra.

Firme en esta sección una vez autorice o niegue.

Nombre de estudiante

Inicie en la línea correspondiente.



Guía Rápida: Segunda Página

Consentimiento Informado

SOLAMENTE ESTUDIANTES EMANCIPADOS

Completar la siguiente sección **solamente cuando aplique** a estudiantes emancipados o de 21 años o más.

| ESTUDIANTES EMANCIPADOS O DE 21 AÑOS O MÁS | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ACEPTO Y DOY MI CONSENTIMIENTO para que se me realicen las pruebas de detección para COVID-19, y doy fe que entiendo el contenido y alcance de éste, el cual firmo en mi propio nombre. | <input type="checkbox"/> NO ACEPTO NI DOY MI CONSENTIMIENTO para que se me realicen las pruebas de detección para COVID-19 y doy fe que entiendo el contenido y alcance de éste, el cual firmo en mi propio nombre. |
| Firma del Estudiante Emancipado/a (o si tiene 21 años o más) | Fecha (MM/DD/AÑO) |

Marcar **solamente una (1) opción**

*Nota aclaratoria: El año escolar incluye el periodo de verano.

Estudiante emancipado firma en esta sección una vez *autorice o niegue*.

Cotejo: Autoridad en Salud Escolar

Consentimiento Informado

- Validar que el documento sea el correspondiente (contiene **logo del DE**).
- Validar la vigencia del documento (**Año Escolar 2022- 2023**).
- Anotar el **nombre de la escuela** en el primer recuadro de la primera página.
- Asegurar que el documento es cumplimentado con **tinta azul o negra**.
- Validar que hay **una (1) hoja por estudiante**.
- Validar que el documento **NO** contiene **alteraciones o errores**.
- Validar que padre, madre, tutor o encargado **marcaron una (1) sola opción**, al *autorizar*, sobre querer o no estar presentes en la toma de muestra.
- Validar que padre, madre, tutor o encargado **firmaron e iniciaron** en las secciones correspondientes.

Cotejo: Padre, madre, tutor o encargado

Consentimiento Informado

- Leer cuidadosamente el documento en su totalidad.
- Completar el documento en **tinta azul o negra** solamente.
- Firmar el recuadro de **intercambio de información** (primera página).
- Completar, en **letra de molde**, la información del estudiante y la suya.
- Anotar **nombre completo** y **parentesco** de persona a la que autoriza en su ausencia.
- Escoger **una (1) opción** sobre *autorizar* o *denegar* la toma de muestra.
- Escoger e iniciar en **una (1) opción** sobre *querer* o *no* estar presente durante la toma.
- Firmar **solamente** en la sección que indica *Padre/Madre/Tutor legal* (segunda página).