

**CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR PRUEBAS DE DETECCIÓN PARA COVID-19 Y/O INFLUENZA A ESTUDIANTES**

**PROPÓSITO DEL CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR PRUEBAS DE DETECCIÓN COVID-19 Y/O INFLUENZA**

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 y/o Influenza, como parte de las medidas para la prevención de la transmisión de COVID-19 y/o Influenza en la institución educativa en la que se matriculó para el Año Escolar 2024-2025. Para esto, el **Departamento de Salud de Puerto Rico (DSPR)** o un **Laboratorio Clínico autorizado** visitará la **INSTITUCIÓN:** \_\_\_\_\_

**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, Laboratorio Clínico autorizado, 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 y/o Influenza para tomar otras medidas preventivas a la propagación del COVID-19 y/o Influenza en su escuela. La información del estudiante que pudiera compartirse incluye el nombre y los resultados de la prueba COVID-19 y/o Influenza, 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. El DSPR, Laboratorio Clínico autorizado, y 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  |   |  |   |
| <b>Información de Padre/Madre, Tutor Legal o Custodio</b> |   |  |   |
| Nombre en letra de molde                                  |   |  | <input type="checkbox"/> Padre/Madre<br><input type="checkbox"/> Tutor legal<br><input type="checkbox"/> Custodio |
| Teléfono(s)   |   |  |   |
| 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: _____ |  |   |

**CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR PRUEBAS DE DETECCIÓN PARA COVID-19 Y/O INFLUENZA 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 y/o Influenza en varias ocasiones durante el año escolar, que comienza en **agosto 2024** y termina el **31 de julio de 2025\***.
- 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 2025\***, 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 y/o Influenza.

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 2025\***, 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 y/o Influenza.

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

Fecha (MM/DD/AÑO)

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