

**Distrito Escolar Independiente de Weimar**  
**Formulario de Consentimiento y Examen BinaxNOW COVID-19 Ag CARD**

El Distrito Escolar Independiente de Weimar toma muy en serio la salud y seguridad de nuestros estudiantes. Solo probamos con su consentimiento. Si está dispuesto a darnos su consentimiento para que le administremos la prueba rápida BinaxNOW COVID-19 Ag CARD y envíe los resultados a la prueba rápida de Texas, complete este formulario.

Campus:  Escuela secundaria de Weimar  Escuela secundaria de Weimar La escuela primaria de Weimar  
 Número de licencia de conducir de: \_\_\_\_\_ (Escanear a txprapidtexas.org  Sí  No)  
Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo:  Hombre  Mujer  
Raza / Etnia:  Blanco  Hispano  Negro  Nativo Americano  Asiático  Otro: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_  
Condado: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Por favor conteste lo siguiente :

- ¿Es esta la primera prueba (de cualquier tipo) que le han hecho para la prueba de COVID-19?  Sí  NO (Vea a continuación)
  - SI NO, ¿qué tipo de prueba se ha realizado antes?  PCR  Antígeno  Anticuerpo
  - SI NO, ¿cuál es la fecha de la última prueba? \_\_\_\_\_
- ¿Tiene algún síntoma de COVID-19?  Sí  NO (asintomático) En
  - caso afirmativo, marque todos los síntomas que correspondan y **enumere la fecha en que comenzaron los síntomas:** \_\_\_\_\_
    - Fiebre superior a 100,0 °F  Sensación de fiebre  Escalofríos  Tos
    - Dificultad para respirar  Dificultad para respirar  Fatiga  Dolor de cabeza
    - Dolor musculares / corporales  Pérdida del gusto  Pérdida del olfato
    - Dolor de garganta
    - Congestión nasal  Moqueo nasal  Náuseas  Vómitos
    - Diarrea

Con el signo a continuación, doy fe de que:

- A. Autorizo al Distrito Escolar Independiente de Weimar a realizar recolecciones, pruebas e informes sobre mí para detectar COVID-19 mediante un hisopo nasal.
- B. Reconozco que un resultado positivo de la prueba es una indicación de que debo aislarme y ponerme en cuarentena durante 10 días según las pautas de los CDC y DSHS.
- C. Entiendo que Weimar ISD no actúa como mi proveedor médico, esta prueba no reemplaza el tratamiento de mi proveedor médico, y asumo la responsabilidad total y completa de tomar las medidas apropiadas con respecto a los resultados de mi prueba. Acepto que buscaré asesoramiento médico, atención y tratamiento de mi proveedor médico si tengo preguntas o inquietudes, o si mi afección empeora.
- D. Entiendo que, al igual que con cualquier prueba médica, existe la posibilidad de un resultado falso positivo o falso negativo de la prueba COVID-19.

Me han informado sobre el propósito, el procedimiento, los posibles beneficios y riesgos, y he recibido una copia de este Consentimiento informado. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas antes de firmar y se me ha dicho que puedo hacer preguntas adicionales en cualquier momento. Acepto voluntariamente esta prueba para COVID-19.

Firma del estudiante (18 años o mayor) \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
tutor / estudiante Firma del(menores): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

<b>Solo para uso de la oficina:</b>	
<b>Resultados de la prueba:</b>	<b>Número de la:</b>
<b>Prueba completada por:</b>	<b>Fecha:</b>