



## Formulario de consentimiento para menores que se someten a una prueba de COVID-19

Para escuelas con base en el centro

Como padre, madre o tutor del menor designado a continuación, autorizo a mi hijo/a menor de edad a participar en el programa de pruebas de COVID-19 LynxDx en colaboración con el Distrito Comunitario de las Escuelas Públicas de Detroit. Doy mi consentimiento para que el menor participe en pruebas presentes y futuras. Entiendo que puedo retirar en cualquier momento mi consentimiento para que mi hijo/a participe en las pruebas.

Entiendo que se le puede pedir a mi hijo/a menor de edad que entregue una muestra de saliva o una muestra por hisopado nasal anterior (fosa nasal inferior) para ser procesada por medio de pruebas moleculares de PCR para detectar la presencia o ausencia de SARS-CoV-2. Entiendo que, para asegurar la salud y la seguridad públicas y para controlar la propagación del COVID-19, los resultados de la prueba de mi hijo/a menor de edad se informarán: (i) al Distrito Comunitario de las Escuelas Públicas de Detroit; y (ii) a las autoridades de salud pública correspondiente como lo dicta la ley. El resultado de la prueba de mi hijo/a menor de edad no se compartirá con terceros sin mi autorización. Entiendo que la escuela de mi hijo/a menor de edad o las autoridades de salud pública pueden contactarme con respecto a los resultados de la prueba de mi hijo/a.

Además, entiendo los posibles riesgos de este procedimiento, incluidos los posibles resultados positivos o negativos falsos de la prueba que pueden ocurrir, como con cualquier prueba médica.

Los posibles beneficios incluyen:

- El resultado puede ayudarle a tomar decisiones informadas sobre el cuidado de su hijo/a.
- El resultado de esta prueba puede ayudar a limitar la propagación de COVID-19 en su familia, comunidad o escuela.

LynxDx no brinda servicios ni consultas médicas. Si tiene una emergencia médica, llame de inmediato a su proveedor de atención médica o al 911. LynxDx NO enviará sus resultados a su proveedor de atención médica. No debe tomar decisiones sin consultar con un médico.

Se me ha concedido la oportunidad de hacer preguntas antes de firmar. Acepto recibir los resultados de mi hijo/a por medio de mensaje de texto o correo electrónico, y autorizo a LynxDx a enviarle a mi hijo/a menor de edad sus resultados por medio de mensaje de texto o correo electrónico.

\_\_\_\_\_  
Nombre del estudiante (Por favor, letra imprenta)      Fecha de nacimiento del estudiante      Fecha de hoy

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre/madre/tutor (por favor, letra imprenta)      Firma del padre/madre/tutor

Número de teléfono: \_\_\_\_\_      Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Los resultados se enviarán al número de teléfono o correo electrónico detallado arriba.**