

Fecha: 14 de diciembre de 2020

Spanish

Estimados padres, cuidadores y tutores:

Gracias por su colaboración continua durante este año escolar sin precedentes. En un esfuerzo por prevenir la propagación de COVID-19, hemos estado trabajando en estrecha colaboración con el Departamento de Educación Primaria y Secundaria de Massachusetts (DESE) y el Departamento de Salud Pública de Massachusetts (DPH) **para ofrecer pruebas rápidas y gratuitas de COVID-19 para el personal sintomático, y estudiantes que participan en cualquier tipo de instrucción presencial.**

El propósito de esta carta es pedirle permiso para evaluar a su hijo en caso de que desarrolle síntomas en la escuela. Si bien les hemos pedido a todos los estudiantes y al personal que están enfermos que se queden en casa, puede haber miembros de nuestra comunidad escolar que presenten los primeros síntomas mientras están en la escuela. Poder evaluar a su hijo en la escuela no solo acelerará los resultados y, por lo tanto, lo ayudará a determinar los próximos pasos para proteger a su estudiante y a su familia, sino que también le dará la tranquilidad de saber que hay una prueba disponible y que una enfermera puede realizarla si es necesario. surge.

La prueba de diagnóstico de antígeno rápido COVID-19 COVID-19 está aprobada por la FDA y ofrece resultados en 15 minutos. El personal de enfermería de nuestra escuela ha recibido una formación exhaustiva sobre cómo administrar la prueba con un hisopo nasal. La enfermera de la escuela tomará la decisión de administrar la prueba y se le notificará por teléfono antes de que se realice la prueba a su hijo.

También se le notificará inmediatamente de los resultados de la prueba. Si un estudiante da positivo, el estudiante será enviado a casa y debe estar en cuarentena durante al menos 10 días y hasta que hayan pasado al menos 24 horas con mejoría en los síntomas y sin fiebre, sin el uso de medicamentos para reducir la fiebre. Si un estudiante da negativo, también se le puede enviar a casa. Independientemente del resultado de la prueba, la escuela le notificará sobre los próximos pasos a seguir con un proveedor de atención médica. Las Escuelas Públicas de Webster informarán todos los resultados de las pruebas al DPH y los resultados positivos de las pruebas a la Unidad de Ayuda de Respuesta Rápida del DESE.

Dar permiso para que su estudiante participe en la Prueba de diagnóstico rápido de antígenos COVID-19, incluido el permiso de la escuela para compartir la información del resultado de la prueba con el Departamento de Salud Pública y Project Beacon (una organización sin fines de lucro de terceros contratada para recopilar el consentimiento para pruebas y para compartir los resultados de las pruebas), complete el formulario de permiso adjunto a esta carta. Devuelva este formulario a la enfermera de su escuela lo antes posible.

En las Escuelas Públicas de Webster, estamos extremadamente agradecidos con nuestro personal comprometido y las familias que continúan mostrando una gran flexibilidad y resistencia a medida que avanzamos durante este año escolar. Es necesario que todos trabajemos juntos para contener la propagación de este virus.

Si tiene preguntas sobre la prueba de diagnóstico rápido de antígeno COVID-19, comuníquese con la enfermera de su escuela.

Gracias,

Dr. Ruthann Goguen

Webster Public Schools

Bartlett High School - Webster Middle School - Park Ave Elementary School

Prueba de antígeno Abbott BinaxNOW - Autorización del padre / tutor para que el estudiante sea evaluado

Al completar y enviar este formulario, confirmo que soy el padre / tutor apropiado para dar mi consentimiento, y que autorizo la administración de una prueba de antígeno COVID-19 en mi estudiante durante el horario escolar, si el personal escolar observa síntomas consistentes con COVID- 19 o síntomas aislados (p. Ej., Secreción nasal aislada, dolor de cabeza aislado o dolor abdominal aislado sin fiebre). Entiendo que autorizar una prueba COVID-19 para mi estudiante es opcional y que puedo negarme a dar esta autorización, en cuyo caso, mi estudiante no será evaluado. Además, entiendo que mi estudiante debe quedarse en casa si se siente mal.

Información demográfica del estudiante: imprima claramente.

Nombre del estudiante:	
Apellido del estudiante:	
Segundo nombre del estudiante:	
Apellido del estudiante: dirección del estudiante (calle, ciudad, código postal)	
¿Cuál es la fecha de nacimiento del estudiante?	
¿Cuál es la raza del estudiante? (seleccione todas las que correspondan)	<input type="checkbox"/> Indio americano / nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro / afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái / de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido
¿El estudiante es de origen hispano? (Seleccione uno)	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido
¿Cuál es el sexo del estudiante? (Seleccione uno)	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Desconocido
Does the student have a disability? (select one)	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> No
¿Cuál es el idioma principal del estudiante?	

continúe completando el reverso de este formulario ➔

Información del padre / tutor: escriba claramente en letra de molde.

Nome do pai / responsável:	
Apellido del padre / tutor:	
Dirección del padre / tutor (si es diferente al anterior):	
Número de teléfono del padre / tutor:	
Dirección de correo electrónico del padre / tutor:	

Consentimiento e intercambio de datos (escriba sus iniciales):

_____ En caso de que mi estudiante muestre síntomas de COVID-19, autorizo a un profesional de la administración, durante el horario escolar, a administrar la prueba de antígeno Abbott BinaxNOW COVID-19 en mi estudiante. Entiendo que los resultados de las pruebas de mi estudiante se cargarán en Project Beacon, que los compartirá con el Departamento de Salud Pública de Massachusetts de acuerdo con la ley estatal.

_____ Autorizo la divulgación de mi información de contacto a Project Beacon (una organización de terceros contratada para recopilar el consentimiento para las pruebas y compartir los resultados de las pruebas). Entiendo que junto con los resultados de las pruebas, Project Beacon compartirá mi información de contacto con el DPH. También entiendo que puedo crear un perfil de usuario en Project Beacon que me notificará sobre la administración y los resultados de la prueba. Acepto que si creo un perfil de usuario de este tipo, solo usaré el sistema Project Beacon con el fin de acceder a información, incluidos los resultados de las pruebas, a la que tengo permiso legal para acceder.

Firmante autorizado:

Entiendo que puedo cambiar de opinión y cancelar este permiso en cualquier momento, pero que dicha cancelación es solo prospectiva y no afectará la información que ya permití que se divulgue. Para cancelar este permiso para las pruebas COVID-19, necesito contactar a Project Beacon directamente al (617) 741-7310.

Nombre del padre / tutor (en letra de imprenta)

Firma del Padre / Tutor

Fecha

¡Por favor devuelva este formulario firmado a la enfermera de su escuela lo antes posible!