

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ÁNGELES
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS PRUEBAS PERIÓDICAS DE COVID-19
PARA LA INSTRUCCIÓN HÍBRIDA

Apellido del Individuo que Recibió la Prueba	Nombre	Segundo Nombre
Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)	Grado	Teléfono del hogar:
Nombre de la Escuela	Núm. de Teléfono de Emergencia del Padre, Madre o Tutor Legal	

Por favor lea cuidadosamente la información del consentimiento informado que aparece a continuación:

1. Yo, a nombre mío, o a nombre de mi hijo, hija, o dependiente legal, (el “estudiante”), he proporcionado previamente mi consentimiento informado al Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles (en lo sucesivo el “LAUSD”) y/o a un laboratorio independiente que desempeña funciones a nombre del LAUSD, a llevar a cabo la toma de una muestra y prueba para determinar si una persona estuvo en contacto con el nuevo Corona Virus de 2019 (COVID-19).
2. Entiendo que el Distrito incorpora las pruebas COVID-19 en las operaciones escolares habituales, y como parte del Regreso a la Escuela proporcionará pruebas periódicas en el plantel educativo durante el día escolar a una hora designada previamente para las cohortes de la mañana y de la tarde.
3. Reconozco que las pruebas se proporcionarán inicialmente de forma semanal a todos los estudiantes en la instrucción híbrida, sujeto a ajustes en la frecuencia basada en la orientación de la salud pública y la prevalencia del virus en la comunidad.
4. Reconozco que cada hijo menor de edad para el que he proporcionado previamente el consentimiento para la prueba puede participar en la toma de prueba COVID-19 durante el horario escolar sin mi presencia, mientras participen en la instrucción híbrida.
5. Al firmar este formulario, yo reconozco que el anterior consentimiento informado que proporcioné para las pruebas de COVID-19 para el estudiante se aplicará a las pruebas periódicas descritas en este documento. Dicho formulario se agrega al presente documento para incorporarlo íntegramente al mismo.

ACEPTACIÓN

Yo, el abajo firmante, por la presente doy mi consentimiento para que el estudiante participe en las pruebas periódicas para COVID-19 como se establece en el presente documento.

Firma	Relación con el Estudiante	Fecha (mm/dd/aaaa)
Domicilio	Teléfono	
Firma verificada por (SÓLO PARA USO OFICIAL)	Fecha (mm/dd/aaaa)	