

**WORCESTER COUNTY PUBLIC SCHOOLS
COVID-19 TESTING INFORMED CONSENT FOR STUDENT TESTING**

Quick detection of the presence of active COVID-19 infections can help decrease the spread of the virus. Worcester County Public Schools will offer testing for COVID-19 to students and staff who are symptomatic or determined to be a close contact of a person with confirmed COVID-19.

Please carefully read the following Informed Consent:

- I authorize Worcester County Public Schools to conduct collection and testing of my child for COVID-19 through nasal, nasopharyngeal, or oral swab if deemed appropriate by the school nurse due to symptoms or for surveillance testing (secondary students only).
- I understand my child may be tested more than once throughout the school year and this consent is valid through the end of the 2020-2021 school year, unless I notify the designated contact person **in writing** that I revoke my consent.
- I authorize Worcester County Public Schools to release required information for testing and results to Chesapeake Regional Information System for Patients (CRISP), which is the state designated health information exchange for Maryland, as well as to the Maryland Department of Health, and other entities as required by law. I understand that this includes my child’s demographic and identifying information such as my name, date of birth, address, phone number, email address, gender, race/ethnicity.
- I understand that, as with any medical test, there is a potential for false positive or false negative results.
- I understand that this testing does not replace treatment by any medical provider, and I assume complete and full responsibility to take appropriate action with regards to test results. I agree I will seek medical advice, care, and treatment from a medical provider if I have any questions, concerns, or my child’s condition warrants.
- For surveillance testing (secondary students only), students may remain in school while waiting for the results of the PCR test. For all other testing, I understand that my child must be picked up immediately after being tested and will be excluded from Worcester County Public School buildings until the results of the PCR test return, or under quarantine period ends if a close contact.
- I understand that a positive result means my child must be excluded from school and self-isolate per current recommendations and guidelines.

Student’s Name: _____ **Date of Birth:** _____

Parent/Guardian Name: _____ **Phone Number:** _____

Parent/Guardian Email: _____

Student Signature (18 or older): _____ **Date:** _____

Parent/Guardian Signature: _____ **Date:** _____

ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO DE WORCESTER
COVID-19 PRUEBAS CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS PRUEBAS
ESTUDIANTILES

La detección rápida de la presencia de infecciones activas por COVID-19 puede ayudar a disminuir la propagación del virus. Las Escuelas Públicas del Condado de Worcester ofrecerán pruebas para COVID-19 a estudiantes y personal que son sintomáticos o están determinados a ser un contacto cercano de una persona con COVID-19 confirmado.

Lea atentamente el siguiente consentimiento informado:

- Autorizo a las Escuelas Públicas del Condado de Worcester a llevar a cabo la recolección y pruebas de mi hijo para COVID-19 a través de hisopo nasal, nasofaríngeo u oral si se considera apropiado por la enfermera de la escuela debido a síntomas o para pruebas de vigilancia (solo estudiantes secundarios).
- Entiendo que mi hijo puede ser probado más de una vez durante todo el año escolar y este consentimiento es válido hasta el final del año escolar 2020-2021, a menos que notifique a la persona de contacto designada **por escrito** que revoco mi consentimiento.
- Autorizo a las Escuelas Públicas del Condado de Worcester a divulgar la información requerida para las pruebas y resultados al Chesapeake Regional Patient Information System (CRISP), que es el intercambio de información médica designado por el estado para Maryland, así como al Departamento de Salud de Maryland, y otras entidades según lo requiera la ley. Entiendo que esto incluye la información demográfica e identificativa de mi hijo, como mi nombre, fecha de nacimiento, dirección, número de teléfono, dirección de correo electrónico, género, raza/etnia.
- Entiendo que, al igual que con cualquier prueba médica, existe la posibilidad de resultados falsos positivos o falsos negativos.
- Entiendo que esta prueba no reemplaza el tratamiento por ningún proveedor médico, y asumo la responsabilidad completa y plena de tomar las medidas apropiadas con respecto a los resultados de las pruebas. Acepto que buscaré consejo médico, atención y tratamiento de un proveedor médico si tengo alguna pregunta, inquietud o la condición de mi hijo.
- Entiendo que un resultado positivo significa que mi hijo debe ser excluido de la escuela y auto-aislado según las recomendaciones y directrices actuales.

Nombre del alumno: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del padre/tutor: _____ Número de teléfono: _____

Correo electrónico padre/tutor: _____

Firma del alumno (18 años o más): _____ Date: _____

Firma del padre/tutor: _____ Date: _____