## Autorización para Prueba Rápida COVID-19- Personal Educativo

Formulario de Consentimiento y Reconocimiento de Pruebas Voluntarias

**Add SCHOOL OR DISTRICT Name**

Esta autorización es para pruebas rápidas COVID-19 que también serán hechas para la Influenza A y B. Estas pruebas ofrecen resultados dentro de 15 a 30 minutos. No hay costo alguno para estas pruebas. La muestra recolectada se hace frotando la parte delantera de la nariz, no profundamente. Las pruebas son voluntarias y requieren una autorización firmada. Las pruebas son recomendadas por varias razones, como para síntomas de COVID-19 e Influenza, evaluación/rastreo escolar de COVID-19, y para el programa Test to Stay. Los resultados positivos y negativos de COVID-19 serán reportados al Departamento de Salud de Nuevo México y al Departamento de Educación de Nuevo México. Si aplica, los resultados de Influenza serán reportados al miembro del personal.

Lea por favor la información de las pruebas en la hoja informativa antes de firmarla. El firmar esta forma sirve como autorización a hacerse las pruebas indicadas arriba. Al firmar esta autorización, certifico que he revisado los documentos de información del fabricante ofrecidos por mi escuela que les da permiso al personal escolar a hacer las pruebas durante el año escolar. Entiendo que esta autorización es voluntaria y que puede ser revocada por escrito a la escuela en cualquier momento.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Opción del Programa  | Descripción  |  |
| Síntomas de COVID-19 e Influenza | Esta opción es para la prueba de COVID-19 cuando los síntomas están presentes  |  -Autorizo - No Autorizo  |
| Evaluación del Personal | Esta opción es para aquellos que quieren hacerse la prueba COVID-19 semanalmente. Está disponible para cualquiera, aunque esté totalmente vacunado y haya recibido el refuerzo. No la recomendamos si ha habido una infección de COVID-19 en los últimos 90 días.  | - Autorizo- No Autorizo |
| Rastreo del Personal  | Esta opción es para el personal escolar que no ha sido vacunado completamente y se les requieren hacerse las pruebas semanalmente, a menos que hayan tenido una infección COVID-19 en los últimos 90 días. | - Autorizo- No Autorizo |
| Test to Stay | Esta opción es para aquellos expuestos a una persona que ha dado positivo en la escuela o en un evento sancionado por la escuela. | - Autorizo- No Autorizo |

**Nombre del miembro empleado:**  FDN:

**Firma del miembro empleado**  Fecha: