

Pruebas para estudiantes de Guttenberg: consentimiento en inglés

Página de preinscripción del programa de pruebas de Covid-19

La prueba es para estudiantes vacunados y no vacunados. **DEBE completar este formulario de preinscripción para que el estudiante sea evaluado.** Sin embargo, solo tiene que completar este formulario una vez. Por favor, no llene este formulario si ya se ha registrado o ha sido examinado una vez antes.

Exámenes el sábado 15 de enero y el sábado 22 de **10:00 a. m. a 3:00 p. m.** en **Anna L. Klein School, 301 69th Street, Guttenberg, NJ 07093**.

La hora límite para la preinscripción para cada fecha de prueba es la medianoche dos días antes de la fecha de la prueba. Se agradece su pronta respuesta.

Consentimiento Informado - Distrito Escolar de Guttenberg ESTUDIANTES

Los campos marcados con * son obligatorios

CONSENTIMIENTO GLOBAL INFORMADO PARA PRUEBAS DE CORONAVIRUS (COVID-19)

NO HAY CARGO INICIAL PARA USTED POR ESTA PRUEBA. SI EL ESTUDIANTE ESTÁ CUBIERTO POR UN SEGURO MÉDICO, LA COMPAÑÍA DE SEGUROS ESTÁ OBLIGADA A PAGAR LA PRUEBA. SI EL ESTUDIANTE NO TIENE SEGURO MÉDICO, LA PRUEBA SERÁ PAGADA POR LOS FONDOS DE LA LEY CARES.

Esta es una prueba para detectar la presencia de SAR-CoV-2, el virus que causa el COVID-19. La prueba es una prueba de COVID-19 y se realiza después de la recolección de una muestra mediante hisopos nasofaríngeos en medio de transporte viral (UTM).

Nombre del estudiante *

Búsqueda

Nombre del estudiante *

Apellido del estudiante *

Sexo del estudiante *

- Masculino
- Mujer

Fecha de nacimiento del estudiante *

Número de Seguro Social del Estudiante

Dirección de la calle del estudiante *

Please fill out this field.

Ciudad del estudiante *

Estado del estudiante *

Código postal del estudiante *

Teléfono celular del padre o tutor *

Correo electrónico del padre o tutor *

Confirmar correo electrónico *

Please fill out this field.
¿El estudiante está cubierto por un seguro de salud? *

- sí
- No

En caso afirmativo, nombre de la compañía de seguros de salud

Dirección de la compañía de seguros

ID de suscriptor/paciente

Identificación del grupo

Nombre del asegurado

Seguro Social Asegurado

Relación con el asegurado

- Uno mismo
- Dependiente

Cargue una foto o escaneo de la tarjeta de identificación del seguro - FRENTE

Selecciona archivos

Subir foto o escaneo de tarjeta de seguro - VOLVER

Selecciona archivos

Cargue una foto o escaneo de la licencia de conducir del padre o tutor - FRENTE

Selecciona archivos

Subir foto o escaneo de la licencia de conducir de los padres o tutores - VOLVER

Selecciona archivos

IMPORTANTE: Lea lo siguiente antes de continuar. Al continuar, usted acepta todo el contenido de este Consentimiento informado. Si no está de acuerdo con todos los términos de este consentimiento informado,

IMPORTANTE: Lea lo siguiente antes de continuar. Al continuar, usted acepta todo el contenido de este Consentimiento informado. Si no está de acuerdo con todos los términos de este consentimiento informado, no continúe.

Si está dando su consentimiento en nombre de una persona menor de edad, incapacitada o legalmente dependiente, certifica que es una persona con autoridad legal para actuar en nombre de esa persona, incluida la autoridad para dar su consentimiento a los servicios médicos.

- 1) Autorizo a Praxis HCS, Inc. dba Praxis Screening ("Praxis"), y/o sus agentes y asignados, incluidas las enfermeras empleadas por el Distrito Escolar de Guttenberg, para realizar la recolección y prueba de COVID-19 a través de una nariz o frotis de mejilla.
- 2) Entiendo que puede haber alguna incomodidad al recibir la prueba y que si la incomodidad persiste, aumenta o determino que la incomodidad no es tolerable, soy totalmente responsable de obtener atención médica de seguimiento y de pagar los costos asociados, al hacerlo.
- 3) Entiendo que los resultados y otra información pertinente se me comunicarán a través de una variedad de canales que incluyen, entre otros: teléfono, correo, entrega electrónica/basada en la web u otros medios razonables, y entiendo que es mi responsabilidad de garantizar que Praxis tenga mi información de contacto precisa para entregar los resultados de la prueba, así como para proporcionar todas las comunicaciones necesarias.
- 4) Autorizo que los resultados de mi prueba se divulguen al condado, estado o cualquier otra entidad gubernamental según lo exija la ley, y de conformidad con el consentimiento de privacidad que he recibido y autorizado de Praxis.
- 5) Entiendo que las autoridades sanitarias locales pueden contactarme para hablar sobre un resultado positivo.
- 6) Entiendo que un resultado positivo de la prueba requerirá que cumpla total y completamente con todas las restricciones y orientación sobre la prevención de una mayor propagación de COVID-19 proporcionada por las autoridades de salud locales.
- 7) Las pruebas no reemplazan el tratamiento de mi proveedor médico primario. Asumo la responsabilidad total y total de tomar las medidas apropiadas con respecto a los resultados de mis pruebas. Acepto que buscaré asesoramiento médico, atención y tratamiento de mi proveedor médico si tengo preguntas o inquietudes.
- 8) Entiendo que, al igual que con cualquier prueba médica, existe la posibilidad de que se produzcan resultados de prueba falsos positivos o falsos negativos, y que el resultado de mi prueba puede no ser preciso por una variedad de razones, que incluyen, entre otras, mi muestra tomada demasiado temprano en el curso de una infección por Covid-19 (para falsos negativos).

- 9) Entiendo que Praxis tiene como mínimo técnicos/equivalentes de técnicos que recolectan muestras y, como mínimo, técnicos de laboratorio que procesan las muestras, todos los cuales han recibido capacitación específica en equipos de protección personal, control de calidad, análisis de pacientes a partir de un hisopo directo, mantenimiento y solución de problemas para la prueba, y para aquellos que procesan las muestras, capacitación sobre la recolección de muestras clínicas, pero que pueden ocurrir errores en el procesamiento de vez en cuando, por lo que no se garantiza la precisión de los resultados comunicados.
- 10) Entiendo que la función de Praxis, y sus agentes y cesionarios, es únicamente recopilar y procesar la muestra de prueba, y que Praxis no es responsable de ninguna manera por la prueba en sí, incluidos, entre otros, su diseño y/o fabricación, y no hace afirmaciones independientes sobre sus capacidades, precisión o confiabilidad. Praxis no garantiza de ninguna manera la eficacia de la prueba en sí.
- 11) Acepto indemnizar y mantener indemne a Praxis y sus afiliados, gerentes, agentes, contratistas, personal, voluntarios, herederos, representantes, predecesores, sucesores y cesionarios contra cualquier reclamo, juicio o acción de cualquier tipo por responsabilidad, daños, compensación, o presentado de otro modo por mí o cualquier otra persona en mi nombre, incluidos los honorarios de abogados y cualquier costo relacionado, si surge un litigio de conformidad con cualquier reclamo realizado por mí o por cualquier otra persona que actúe en mi nombre en relación con el tema de este consentimiento informado y la recepción de la prueba.
- 12) Soy consciente de que participar en las pruebas durante la pandemia de COVID-19 implica ciertos riesgos, peligros y peligros inherentes, que pueden provocar una infección grave, lesiones personales o la muerte. Además, reconozco, entiendo, aprecio y acepto que mi participación en esta prueba puede resultar en una posible exposición y enfermedad por COVID-19. Si bien Praxis está tomando medidas para reducir este riesgo, no es posible mitigar por completo el riesgo de lesiones graves, enfermedades e incluso la muerte. Por la presente acepto libremente asumir y aceptar todos los riesgos conocidos y desconocidos de exposición al COVID-19, incluso derivados de la negligencia de Praxis u otros, y asumo toda la responsabilidad por mi participación en esta prueba.
- 13) Al firmar este formulario, usted está dando permiso bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, 45 CFR partes 160 y 164, para divulgar, divulgar, compartir y discutir la información asociada con sus Pruebas COVID-19, que incluye, entre otros a, los resultados, con el Distrito Escolar de Guttenberg.
- 14) Si tiene seguro de salud, le cobraremos a su seguro de salud por esta prueba. Al firmar este consentimiento, acepta que Praxis acepte la asignación de cualquier pago por este encuentro. Si no tiene seguro, facturaremos a la Ley CARES. Si indica que NO tiene seguro pero de hecho lo tiene, la Ley CARES rechazará su reclamo y el cargo se

cambiará a pago por cuenta propia. Si su compañía de seguros de salud le envía el reembolso de esta prueba y no la envía a Praxis, su encuentro se cambiará a pago por cuenta propia. Si le da a Praxis el nombre, fecha de nacimiento, número de seguro social, nombre del seguro o número de póliza incorrectos, su encuentro se cambiará a pago por cuenta propia.

Yo, el abajo firmante, he sido informado sobre la prueba, el propósito de la prueba, los procedimientos, los posibles beneficios y riesgos, y he recibido una copia de este consentimiento. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas antes de firmar y he entendido que puedo hacer otras preguntas en cualquier momento. Acepto que Praxis y/o sus agentes realicen pruebas de COVID-19 y, como se indica. Este formulario de Consentimiento global permanecerá vigente hasta el final del año escolar 2021-2022, a menos que se rescinda por escrito.

Firma del Padre o Tutor - ESCRIBE TU NOMBRE COMPLETO *

Fecha de firma *

Entregar

Misión

Proporcionar servicios esenciales de detección de coronavirus a quienes los necesiten.

Menú

- ▶ Casa
- ▶ Programa
 - ▶ Lucha para implementar
 - ▶ Cómo podemos ayudar
 - ▶ Lo que proporcionamos

Habla a

praxis | Detección
Parte de Praxis Healthcare System
OFICINA CORPORATIVA
30 N Gould Street - Suite R
Sheridan, WY 82801

📞 833.772.9474