

**FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO DOS ALUNOS PARA O TESTE COMBINADO OPCIONAL E DE
ACOMPANHAMENTO DA COVID-19
PROJECT BEACON OU CIC HEALTH**

A SER PREENCHIDO PELOS PAIS/RESPONSÁVEIS

Informação dos pais/responsável:

Os pais/responsáveis não serão notificados sobre os resultados do teste combinado, mas serão notificados sobre os resultados do teste de acompanhamento individual por telefone ou e-mail.

Pais/Responsáveis: Nome (em letra de forma):	
Número do celular do pai/responsável:	
Pais/Responsáveis: E-mail:	

Informações sobre as crianças/aluno(a)s

Nome em letra de forma da criança/aluno(a):			
Ano:		Sala de aula: (Se aplicável):	
Data de nascimento: (MM/DD/AAAA)		Idade:	
O aluno(a) listado acima foi diagnosticado com COVID-19 nos últimos 90 dias?	☐ Sim, meu filho(a) teve teste positivo para COVID-19 nos últimos 90 dias (observação: indivíduos com teste positivo para COVID-19 nos últimos 90 dias não devem participar do teste agrupado). ☐ Não, meu filho(a) não testou positivo para a forma da COVID-19 nos últimos 90 dias.		

CONSENTIMENTO

Ao preencher e enviar este formulário, eu confirmo que sou o pai/mãe, responsável ou uma pessoa legalmente autorizada adequada para fornecer consentimento:

- Eu autorizo a coleta e a realização de um teste combinado da COVID-19 no meu filho(a) semanalmente (durante o horário escolar, além de quaisquer testes de acompanhamento de diagnóstico individual necessários (incluindo testes rápidos de antígeno Abbott BinaxNOW e testes PCR/moleculares). Entendo que todos os tipos de amostra serão feitos com cotonetes nasais curtos, não invasivos.
- Entendo que o teste combinado não produz resultados individuais para cada participante e que os resultados dos testes individuais do meu filho(a) no contexto dos testes combinados não podem ser compartilhados comigo. No entanto, eu entendo e concordo que as informações pessoais de saúde do meu filho(a) e informações de identificação pessoal de registros educacionais podem ser inseridos na plataforma de tecnologia do provedor de testes para auxiliar no rastreamento de testes agrupados e na identificação de indivíduos que precisam de testes de acompanhamento.
- Entendo que serei notificado sobre os resultados de qualquer teste de diagnóstico individual de "acompanhamento" para a COVID-19 que meu filho(a) tenha feito.
- Entendo que existe a possibilidade de um resultado de teste de COVID-19 falso positivo ou falso negativo para testes combinados ou individuais. Dado o potencial para um falso negativo, entendo que meu filho(a) deve continuar a seguir todas as orientações de segurança do COVID-19, incluindo uso de

máscara e distanciamento social, e seguir os protocolos da escola para isolamento e teste no caso de o filho(a) desenvolver sintomas de COVID-19.

- E. Entendo que os funcionários que administram os testes combinados e os testes de acompanhamento receberam treinamento sobre a administração segura e adequada do teste. Eu concordo que nem o administrador do teste nem o Boston Public Schools, nem qualquer um de seus administradores, executivos, funcionários ou patrocinadores da organização são responsáveis por quaisquer acidentes ou lesões que possam ocorrer devido à participação no programa de teste combinado.
- F. Entendo que meu filho(a) **deve** ficar em casa se não estiver se sentindo bem. Reconheço que o resultado positivo do teste de acompanhamento individual é uma indicação de que meu filho(a) deve ficar em casa, longe da escola, se isolar e continuar usando máscara ou cobertura facial conforme as instruções para evitar infectar outras pessoas.
- G. Entendo que o sistema escolar não está agindo como o médico do meu filho(a), que este teste não substitui o tratamento pelo médico do meu filho(a) e assumo total e completa responsabilidade por tomar as medidas adequadas em relação aos resultados do teste. Concordo em procurar aconselhamento médico, cuidados e tratamento junto ao meu médico do meu filho(a) se tiver dúvidas ou preocupações, ou caso sua condição piore. Entendo que sou financeiramente responsável por qualquer tratamento que meu filho(a) receber do médico.
- H. Entendo que o teste de acompanhamento poderá gerar informações de saúde protegidas (PHI) e outras informações pessoalmente identificáveis sobre meu filho(a). De acordo com as normas 45 CFR 164.524 (c) (3), eu autorizo e instruo a empresa de teste a enviar a PHI para a escola do meu filho(a), o Departamento de Saúde Pública, e o laboratório de teste. Além disso, entendo que as PHI podem ser divulgadas ao Escritório Executivo de Saúde e Serviços Humanos e a qualquer outra parte, conforme autorizado pela HIPAA.
- I. Entendo que a participação em testes combinados pode exigir que minha escola divulgue a identidade, informações demográficas e informações de contato de registros educacionais do meu filho(a) para o provedor de testes e, para testes de acompanhamento, exigirá que a escola divulgue a identidade, informações demográficas e informações de contato de registros de educação do meu filho(a) para o Departamento de Saúde Pública. De acordo com a FERPA, 34 CFR 99.30, autorizo minha escola a divulgar tais informações de identificação pessoal (PII) conforme exigido para a participação do meu filho(a) em testes combinados e de acompanhamento.
- J. Eu entendo esta autorização para os testes de COVID-19 para meu filho(a) é opcional e que posso me recusar a dar essa autorização, o que neste caso, meu filho(a) não será testado.
- K. Entendo que posso mudar de ideia e cancelar essa autorização a qualquer momento. No entanto, sei que este cancelamento é válido apenas para informações futuras e que qualquer informação existente antes desse cancelamento pode ser divulgada. Para cancelar esta autorização para o teste da COVID-19, preciso entrar em contato com (617)635-8873.

Eu, o abaixo assinado, fui informado sobre o objetivo, procedimentos, possíveis benefícios e riscos do teste e recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Tive a oportunidade de fazer perguntas antes de assinar, e fui informado que posso fazer perguntas adicionais a qualquer momento. Eu voluntariamente concordo com este teste para COVID-19 para meu filho(a).

**Assinatura do
Pai/Mãe/Responsável:**

Data:

--	--	--