



Lea atentamente el siguiente consentimiento informado:

- Yo, en mi nombre o en el de mi hijo/hija/dependiente legal menor de edad (el "estudiante"), autorizo al Departamento de Salud Pública del Condado de Los Ángeles (en adelante "LADPH") y/o a cualquier proveedor aprobado por el LADPH o a un laboratorio independiente que actúe en nombre del LADPH a llevar a cabo la recolección y las pruebas de exposición al nuevo Coronavirus 2019 (COVID-19) a través de hisopado nasal del cornete medio de la nariz, una muestra de saliva u otro método de recolección de muestras mínimamente o no invasivo según lo ordene un proveedor médico autorizado.
- Reconozco que los métodos de recolección de muestras mínimamente invasivos, como la recolección a través de hisopado nasal de cornete medio, pueden resultar en diferentes niveles de incomodidad durante la recolección de muestras.
- Entiendo que los laboratorios independientes asociados a LADPH operan, tal como lo permiten las leyes y reglamentos aplicables, en varias etapas del proceso de presentación, reconocimiento y aprobación de la Autorización de uso de emergencia de la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU. Al firmar a continuación, todas las Partes aceptan ser contactadas por teléfono y mensaje de texto.
- Reconozco que, si el estudiante obtiene un resultado positivo en la prueba, debo asegurarme de que el estudiante cumpla con todos los requisitos federales, estatales y/o locales aplicables con respecto al aislamiento y la cuarentena para evitar infectar a otros.
- Además, reconozco que, en caso de que la prueba sea positiva, LADPH y/o las personas o contratistas que actúen en su nombre, podrán ponerse en contacto conmigo y con aquellos que puedan haber estado expuestos al estudiante y la identidad del estudiante podrá ser revelada a ciertas personas en la medida necesaria para proteger la salud y la seguridad de las personas expuestas.
- Entiendo que al firmar este documento y aceptar que el estudiante se someta a la prueba de COVID-19, que no se crea una relación de paciente con LADPH y/o individuos o contratistas que actúan en su nombre, entiendo que LADPH no actúa como un proveedor médico del estudiante. Las pruebas no reemplazan el tratamiento de un proveedor médico. Asumo la completa y total responsabilidad de tomar las medidas apropiadas con respecto a los resultados de las pruebas para el estudiante. Estoy de acuerdo en que buscaré asesoría, atención y tratamiento médico por parte de un proveedor de servicios médicos para el estudiante en la medida en que dicha asesoría, atención y tratamiento médico sean necesarios.
- Entiendo que, como en cualquier prueba médica, existe la posibilidad de que se produzcan falsos positivos o falsos negativos.
- Entiendo que LADPH ha contratado a ciertos contratistas y consultores externos para que le ayuden a administrar su programa de pruebas de COVID-19. Además, entiendo que para que el programa de pruebas de COVID-19 sea administrado con éxito, es necesario comunicar cierta información personal sobre el estudiante a dichos contratistas y consultores con el fin de administrar el programa, y sólo en la medida necesaria para la administración del programa de pruebas de COVID-19. Esto incluye cierta información contenida en el software de gestión de datos que cumple con la

HIPAA y puede incluir información personal identificable protegida por la Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar, incluyendo el nombre del estudiante, la escuela, el nivel de grado y grupo. Por la presente autorizo expresamente que dicha información relativa al estudiante sea revelada como se describe en el presente documento en la medida necesaria para la administración del programa de pruebas de COVID-19.

- Entiendo que ni a mí ni a mi familia se nos cobrará directamente por los servicios.
- Al firmar este formulario, reconozco que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de LADPH.

Los registros médicos se conservarán de manera confidencial; sin embargo, reconozco que, para fines de facturación, LADPH puede divulgar información sobre el tratamiento a terceros pagadores, como Medi-Cal o compañías de seguros. También entiendo que la información pública, como el registro de vacunación y/o las enfermedades contagiosas, puede ser compartida con la enfermera de la escuela para proteger la salud de otros estudiantes. Entiendo que la información también se puede divulgar a terceros para facilitar el programa de pruebas y la transmisión de expedientes médicos electrónicos.

ACEPTACIÓN

Yo, el abajo firmante, he sido informado sobre el propósito de la prueba, los procedimientos, los posibles beneficios y riesgos, se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas antes de dar mi consentimiento, y se me ha dicho que puedo hacer otras preguntas en cualquier momento. Yo, en nombre del estudiante, acepto voluntariamente someterme a la prueba de COVID-19.

DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA DE LOS ÁNGELES

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

- Este aviso describe cómo se puede utilizar y divulgar su información médica o la de su hijo y cómo puede acceder a esta información. Revise detenidamente este documento.
- El Departamento de Salud Pública del Condado de Los Ángeles (LADPH) y sus agencias/escuelas contratadas están obligadas por la ley federal, la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA), a asegurarse de que su Información Médica Protegida (PHI) se mantenga privada. La PHI incluye información que hemos creado o recibido sobre su salud/condición médica pasada, presente o futura, que podría ser utilizada para identificarlo a usted o a su hijo. A menos que nos dé una autorización por escrito, sólo divulgaremos su información médica/de salud para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica o cuando la ley nos exija o permita hacerlo. No se enumeran todos los usos, pero las formas en que podemos utilizar y divulgar la información corresponden a una de las descripciones siguientes.
- Recordatorios de citas y beneficios o servicios relacionados con la salud: podemos usar PHI para enviarle recordatorios de citas. También podemos usar PHI para brindarle información sobre otros tratamientos y servicios relacionados con la atención médica.
- Tratamiento: podemos usar y divulgar su PHI a aquellas personas que le brindan servicios de atención médica o que están involucrados con usted o la atención de su hijo, como médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud. La PHI también se puede utilizar para remisiones a hospitales, especialistas o para otras alternativas de tratamiento. Por ejemplo, podemos compartir la PHI con el personal escolar relevante para los propósitos del Programa Educativo Individualizado (IEP), para recomendar servicios apropiados relacionados con la Educación Especial para abordar las necesidades de salud de su hijo mientras está en la escuela.
- Para recibir el pago por el tratamiento que se le brindó a usted o a su hijo: podemos usar y divulgar su PHI para facturar y recibir el pago por el tratamiento y los servicios que usted o su hijo recibieron en la escuela o en la comunidad. Por ejemplo, LAUSD

factura a Medicaid por los servicios que se brindan a los estudiantes elegibles para Medi-Cal.

- Operaciones de atención médica: podemos usar y divulgar su PHI para administrar nuestros centros de salud escolares. Por ejemplo, los miembros de nuestro equipo de mejora de la calidad pueden utilizar la información contenida en su expediente médico o en el de su hijo para revisar la atención y los resultados con fines de mejora de la calidad.
- Para cumplir con los requisitos legales: podemos utilizar y divulgar la PHI a los funcionarios del gobierno o a las agencias de aplicación de la ley cuando las leyes federales, estatales o locales nos obliguen a hacerlo. También compartimos PHI cuando se nos exige hacerlo en un tribunal o en otros procedimientos legales. Por ejemplo, si una ley dice que debemos reportar información privada sobre estudiantes que han sufrido abusos, proporcionaremos dicha información.
- Para informar sobre actividades de Salud Pública: podemos utilizar y divulgar la PHI a los funcionarios del gobierno encargados de recopilar cierta información de salud pública. Por ejemplo, compartimos información general sobre las vacunas, las muertes y algunos datos estadísticos sobre enfermedades como la tos ferina o la varicela.
- Con fines de investigación: no divulgamos PHI con fines de investigación médica. Sin embargo, utilizamos la PHI para crear una colección de información que no puede ser rastreada hasta usted o su hijo.
- Para evitar daños: para evitar una amenaza grave a la salud y la seguridad de una persona o del público, podemos proporcionar PHI a las fuerzas del orden, al personal de emergencia u otras personas que puedan detener o reducir el daño.
- Recaudación de fondos: podemos usar y divulgar la PHI para solicitar subvenciones y/o agencias de financiamiento para obtener fondos para la mejora y expansión de nuestros servicios. (Aunque lo permite la ley, no es una práctica del LAUSD usar o divulgar su PHI de una manera que se pueda rastrear hasta usted o su hijo).

Sus derechos

- Ver u obtener una copia de la información que tenemos sobre usted o su hijo o corregir la información personal de usted o de su hijo que crea que falta o es incorrecta. Si otra persona (como su médico) nos dio la información, le diremos quién, para que pueda pedirle que la corrija.
- Pedirnos que no usemos su información médica para pagos o actividades de operaciones de atención médica. (No estamos obligados a aceptar estas solicitudes).
- Pedirnos que nos comuniquemos con usted sobre asuntos de salud utilizando medios alternativos razonables o en una dirección diferente, si las comunicaciones a su dirección particular pudieran ponerlo en peligro.
- Tiene derecho a retirar o revocar su consentimiento por escrito en cualquier momento. Sin embargo, podemos negarnos a continuar con el tratamiento de un niño si el padre revoca su consentimiento.
- Recibir una lista de las divulgaciones de su información médica que hacemos en o después del XXXX, excepto cuando:
 - usted ha autorizado la divulgación;
 - la divulgación se realiza para tratamiento, pago u operaciones de atención médica;
 -
 - de lo contrario, la ley restringe la contabilidad.

Si tiene alguna pregunta, envíe un correo electrónico aschooltestingsupport@pgm.helunahealth.org.

Proceso de quejas

- Si cree que podemos haber violado sus derechos de privacidad, puede enviar su queja por escrito a: schooltestingsupport@pgm.helunahealth.org.

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del paciente: _____

Y/O

Nombre de la madre/padre o
tutor(a): _____ Fecha: _____

Firma de la madre/padre o
tutor(a): _____