

CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR PRUEBAS DE DETECCIÓN PARA COVID-19 A ESTUDIANTES

PROPÓSITO DEL CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR PRUEBAS DE DETECCIÓN COVID-19	
Este consentimiento tiene el propósito de solicitar su autorización para realizarle a su hijo/a o al menor bajo su custodia o tutela legal (en adelante "estudiante") pruebas de antígenos de detección para COVID-19, como parte de las medidas para la prevención de la transmisión de COVID-19 en la institución educativa en la que se matriculó para el Año Escolar <u>2026-2027</u>. Para esto, el Departamento de Salud de Puerto Rico (DSPR) visitará la INSTITUCIÓN: <u>Academia Menonita de Summit Hills</u>.	
NOTIFICACIÓN DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN	
La Ley Pública Núm. 104-191 de 1996, según enmendada, conocida como <i>Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)</i>, requiere a toda entidad cubierta la protección de la información de salud del individuo. Esta se define como información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) y permite que cierta información sea compartida entre algunas agencias gubernamentales de Puerto Rico y entre proveedores de servicios de salud contratados, incluyendo el DSPR, la Institución Educativa y el personal en la toma de muestras. Esta información será compartida únicamente para fines de salud pública, lo que puede incluir notificar a los contactos cercanos del estudiante que hayan estado expuestos al COVID-19 para tomar otras medidas preventivas a la propagación del COVID-19 en su escuela. La información del estudiante que pudiera compartirse incluye el nombre y los resultados de la prueba COVID-19, fecha de nacimiento, edad, sexo, nombre de la escuela, maestro(s), salón/cohorta/grupo, historial de matrícula, asistencia, y horario extendido en la escuela u otro programa, nombres de otros miembros de la familia o tutores, dirección, teléfono, número de teléfono celular y dirección de correo electrónico. El intercambio de información del estudiante se hará de acuerdo con las leyes y políticas aplicables que protegen la privacidad de los estudiantes y la seguridad de los datos. Tanto el DSPR como la institución educativa se comprometen a brindar seguridad y privacidad de PHI conforme a la relación jurídica que se crea en virtud de esta gestión. Certifico haber leído y entendido lo antes mencionado.	
_____ Firma de padre/madre/tutor legal/custodio o estudiante emancipado	01 de agosto de 2026 _____ Fecha

PARA SER COMPLETADO POR PADRE/MADRE, TUTOR LEGAL, CUSTODIO O ESTUDIANTE EMANCIPADO		
Información del Estudiante		
Nombre del Estudiante en letra de molde		
Fecha de Nacimiento (MM/DD/AÑO)		
Dirección Física		
Información de Padre/Madre, Tutor Legal o Custodio		
Nombre en letra de molde	☐ Padre/Madre ☐ Tutor legal ☐ Custodio	
Teléfono(s)		
En caso de mi ausencia, autorizo a		Parentesco:
Teléfono(s)		
Correo electrónico		
Dirección física		
Mejor manera de contactarle	☐ Llamada ☐ Mensaje de texto ☐ Correo electrónico ☐ Otro: _____	

CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR PRUEBAS DE DETECCIÓN PARA COVID-19 A ESTUDIANTES

AUTORIZACIÓN

Al firmar este consentimiento, doy fe que:

- He leído y entiendo este formulario libre y voluntariamente, y estoy legalmente autorizado para tomar decisiones por el menor mencionado anteriormente.
- Entiendo que al estudiante se le puede realizar la prueba de detección para COVID-19 en varias ocasiones durante el año escolar, que comienza en Agosto de 2026 y termina el 31 de julio de 2027*.
- Entiendo que las pruebas se llevarán a cabo durante días programados por el Departamento de Salud.
- Entiendo que este consentimiento será válido hasta el 31 de julio de 2027*, a menos que notifique por escrito a la Autoridad de Salud de la escuela que revoco el mismo.
- Entiendo que los resultados de las pruebas y otra información de salud protegida de estudiante podrán ser divulgadas según permitido por la Ley HIPAA y la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA).

☐ **ACEPTO Y DOY MI CONSENTIMIENTO** para que a mi hijo/a o el menor, _____, a mi cargo se le realicen pruebas de antígenos para COVID-19.

Al momento en que se le tome la muestra a mi hijo/a o menor bajo custodia o tutela, YO:

☐ **DESEO ESTAR PRESENTE.** Iniciales de padre/madre/tutor legal/custodio: _____

☐ **NO DESEO ESTAR PRESENTE.** Iniciales de padre/madre/tutor legal/custodio: _____

DENEGACIÓN

Al firmar a continuación, doy fe que:

- He leído y entiendo este formulario libre y voluntariamente, y estoy legalmente autorizado/a para tomar decisiones por mi hijo/a, mencionado anteriormente.
- Entiendo que, esta **denegación** de consentimiento será válida hasta el 31 de julio de 2027*, a menos que notifique por escrito a la Autoridad de Salud de la escuela que revoco la misma.

☐ **NO ACEPTO NI DOY MI CONSENTIMIENTO** para que a mi hijo/a o el menor, _____, bajo mi custodia se le realicen pruebas de detección para COVID-19.

Firma del Padre/Madre/Tutor Legal/Custodio (si el/la estudiante es menor de 21 años)

Fecha (MM/DD/AÑO)

1 de agosto de 2026.

*Nota aclaratoria: El año escolar incluye el periodo de verano.