



Please carefully read and sign the following Informed COVID 19 Screening Test Consent and Authorization for the Release of Information and Test Results:

The COVID-19 tests under this program may include, but not be limited to, self-administered over-the-counter antigen tests, school administered antigen tests, and molecular (e.g., PCR) and pooled molecular tests. Students and staff who are studying or working at the school maybe tested one to two times a week for COVID-19. All testing will be free of charge.

By submitting this form, I authorize and agree on behalf of myself, or as the legal representative for the participant:

- To participate in COVID-19 testing by collection of a nasal swab.
- To disclose COVID-19 test result and required reporting information to Primary Diagnostics ("Primary"), the School District/School, designated laboratory and local public health partners, including the California Department of Public Health.
- I authorize Primary and each of the parties listed below to release patient personal and test information in order facilitate testing for COVID-19 infection and for making further disclosures as set forth in the Primary Privacy Policy, available at <https://primary.health>.
- I understand that this testing site does not act as a medical provider and that testing does not replace treatment by a medical provider.

Note: Electronic Consent will be collected through the Primary platform. If written or verbal consent is needed, the electronic consent may be exported to a printable format with the appropriate signature lines and information.

Waiver, Release, and Indemnification

I hereby assume full and complete responsibility for any injury, illness, or accident which may occur during my or my child's participation. I hereby release, waive, hold harmless and covenant not to bring a suit against the administrators, sponsors, organizers, volunteers, employees, agents or any affiliated individuals or entities associated with this screening from any and all losses, damages, liabilities or other claims and causes of action that may arise out of my participation.

To download the full consent, click here: [School Based Testing Consent](#)

Name of Participant: _____ Date: _____

Signature of Participant: _____

AND/OR

Name of Parent/Guardian: _____ Date: _____

Signature of Parent/Guardian: _____



Consentimiento estándar de Primary.Health Pruebas en la escuela

Lea atentamente y firme el siguiente consentimiento informado para la prueba de detección de COVID 19 y la autorización para la divulgación de información y los resultados de la prueba:

Para mayores de edad, todas las secciones que hacen referencia a "mi hijo/a" se refieren a la firma individual

Para ayudar a que nuestras escuelas de California sean más seguras y reducir el riesgo de transmisión de COVID-19 en la escuela, el Departamento de Salud Pública de California (CDPH, por sus siglas en inglés), en asociación con su escuela está implementando un programa de pruebas de COVID-19. Las pruebas de COVID-19 dentro de este programa pueden incluir, entre otras, pruebas de antígenos autoadministradas sin receta, pruebas de antígenos realizadas en la escuela y pruebas moleculares (por ejemplo, PCR) y pruebas moleculares combinadas. Los estudiantes y el personal que estudian o trabajan en la escuela pueden ser sometidos a pruebas de COVID-19 una o dos veces por semana. Todas las pruebas serán gratuitas.

Los resultados de las pruebas rápidas generalmente estarán disponibles en una hora. En caso de que se requieran pruebas de laboratorio confirmatorias adicionales, se le informará. Recibirá un mensaje cuando el resultado de la prueba esté disponible tanto para casos negativos como positivos. Este documento proporciona consentimiento para participar en el programa de pruebas de la escuela:

- Autorizo, en mi nombre o en el de mi hijo/a, a que se realice la prueba de COVID-19 mediante el muestreo por hisopado nasal. La mayoría de los niños y adultos se frotarán con un hisopo la primera pulgada de la nariz.
- Declaro que soy el padre/madre o tutor autorizado para firmar este documento por mi hijo/a.
- Reconozco que el resultado positivo de la prueba indica que mi hijo/a o yo debemos permanecer aislados en casa, seguir los procedimientos de cuarentena del estado y del condado, y llevar una mascarilla o cubrebocas según las indicaciones, en un esfuerzo por evitar infectar a otros.
- Autorizo que los resultados de mi prueba o de la de mi hijo/a puedan divulgarse al departamento de salud del distrito, del condado o del estado, o a cualquier otra entidad gubernamental.
- Autorizo a Primary Diagnostics, Inc. ("Primary") y cada una de las partes enumeradas a continuación para divulgar información personal y de prueba del paciente a fin de facilitar la prueba de la infección por COVID-19 y para realizar más divulgaciones como se establece en la Política de privacidad de Primary, disponible en <https://primary.health>:
 - El proveedor que ordena su prueba de COVID-19
 - El proveedor que ordena la prueba de COVID-19 de su hijo/a
 - El Departamento de Salud Pública de California y las agencias de salud pública locales
 - Cualquier socio de laboratorio que proporcione pruebas de RT-PCR de confirmación y/o proporcione informes obligatorios al departamento de salud

estatal

- La escuela participante y otros socios de Primary, según sea necesario y determinado por Primary Diagnostics, Inc.
- Entiendo que la "información personal y de la prueba del paciente" incluye lo siguiente:
 - El nombre, sexo, fecha de nacimiento del paciente.
 - Información de contacto, incluido el número de teléfono, la dirección de correo electrónico y la dirección postal o física
 - Información de la cita, número de identificación de la transacción, información y resultados de la prueba de COVID-19
- Entiendo que este sitio de pruebas no actúa como un proveedor médico y que las pruebas no reemplazan el tratamiento de un proveedor médico. Asumo la completa y total responsabilidad de tomar las medidas adecuadas con respecto a los resultados de la prueba. Acepto que buscaré asesoría médica, atención y tratamiento de un proveedor médico, según corresponda, si tengo preguntas o inquietudes, o si las condiciones empeoran.
- Entiendo que, como con cualquier prueba médica, existe la posibilidad de un resultado falso positivo o falso negativo de la prueba COVID-19. Se me ha informado sobre el propósito, los procedimientos, los posibles beneficios y los riesgos de la prueba y, si se me solicita, he recibido una copia de este Consentimiento informado para participar en la prueba de COVID-19. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas antes de firmar y durante todo el procedimiento de prueba.
- Entiendo que puedo revocar mi autorización de consentimiento en cualquier momento notificando a Primary.Health por escrito mi deseo de revocación Primary Diagnostics, Inc. en 595 Pacific Ave FL4, San Francisco, CA 94133 o support@primary.health. Además de notificar a Primary Diagnostics, también debo proporcionar una notificación por escrito a la escuela designada. Entiendo que no se puede revertir cualquier acción que haya sido tomada en función a esta autorización. A menos que se revoque antes, esta autorización vence 12 meses después de la fecha de esta autorización.
- Entiendo que la escuela también puede solicitar y realizar pruebas moleculares (por ejemplo, PCR) como medida de precaución adicional para ciertas personas que se someten a la prueba de detección rápida de antígenos de COVID. Por ejemplo, si una persona que estuvo expuesta o no tiene síntomas da positivo. En este caso, autorizo al Departamento de Salud Pública de California y a los socios designados a utilizar la información de mi seguro para asegurar que no se me cobre por este servicio.

Advertencia de riesgos y asunción de riesgos:

Participar en la detección de COVID-19 implica riesgos inherentes para la salud. Existe el riesgo de que el hisopado del tracto respiratorio superior provoque leve malestar, estornudos o hemorragia nasal. Al dar mi consentimiento para participar, reconozco que entiendo que el riesgo de que mi hijo/a, o de que yo, participe es bajo y acepto voluntariamente cualquier riesgo para la salud.

Renuncia, liberación e indemnización:

sé que participar en esta prueba de detección es una actividad que puede ser potencialmente peligrosa para algunas personas. Por la presente asumo total y completa responsabilidad por cualquier lesión, enfermedad o accidente que pueda ocurrir durante mi participación o la de mi hijo/a. Por la presente libero, renuncio, eximo de responsabilidad y me comprometo a no entablar una demanda contra los administradores, patrocinadores, organizadores, voluntarios, empleados, agentes o cualquier persona o entidad afiliada asociada con esta evaluación de todas y cada una de las pérdidas, daños,

responsabilidades u otros reclamos y causas de acción que puedan surgir de mi participación.

En la medida en que lo permita la ley aplicable, en caso de conflicto entre las versiones en inglés y en español de este Consentimiento informado, prevalecerá la versión en inglés.

Nota: el consentimiento electrónico se recopilará a través de la plataforma Primary.Health. Si se necesita un consentimiento escrito o verbal, el consentimiento electrónico se puede exportar a un formato imprimible con las líneas de firma y la información adecuadas.

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): _____