

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL ESTUDIANTE PARA LA PRUEBA OPCIONAL DE COVID-19

El Distrito Escolar Independiente de Austin toma la salud y la seguridad de nuestros estudiantes y sus familias muy en serio. Por lo tanto

Esta lista no incluye todos los síntomas posibles.

Exoneración de responsabilidad:

A pesar de que se tomarán precauciones para la seguridad de los estudiantes, por favor entienda que ni el administrador del examen ni el Distrito Escolar Independiente de Austin, ni ninguno de los miembros de la mesa directiva2 (e)4mu

respecto a los resultados de la prueba de mi hijo. Estoy de acuerdo en que buscaré consejo médico, atención y tratamiento de mi médico o de mi hijo si tengo preguntas o inquietudes, o si mi condición empeora.

- D. Entiendo que, como con cualquier prueba médica, existe la posibilidad falsos positivos o falsos negativos en los resultados de la prueba de COVID-19.

Se me ha informado sobre el propósito de la prueba, los procedimientos, los posibles beneficios y riesgos, y he recibido una copia de este consentimiento informado. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas antes de firmar y se me ha dicho que puedo hacer preguntas adicionales en cualquier momento. Acepto el protocolo de prueba y las declaraciones anteriores y doy mi consentimiento voluntario a esta prueba de COVID-19 para mi hijo o para mí mismo.

