

Consentimiento de prueba COVID-19

| Información del estudiante | |
|--|---|
| Nombre del estudiante (apellido, primer nombre) | Fecha de nacimiento del estudiante (MM/DD/YYYY) |
| Número de teléfono preferido del padre / tutor | Dirección del estudiante |
| Grado del estudiante | Número de identificación estudiantil |
| Escuela del estudiante | Nombre del maestro de salón hogar/1 ^{er} período |
| <p>Autorizo que se tome una muestra de prueba para COVID-19 según lo ordenado por el proveedor autorizado (o el médico de mi hijo o dependiente legal o proveedor de atención médica autorizado). Por la presente, doy mi consentimiento para que cualquier médico o proveedor de atención médica o proveedor autorizado que realice pruebas a mi hijo menor de edad use o divulgue información médica protegida para fines de informes.</p> | |
| <p style="text-align: center;"><u>LA SECCIÓN A CONTINUACIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL PADRE / TUTOR DEL NIÑO MENOR DE 18</u></p> | |
| <p>Yo, _____, tengo la siguiente relación con la persona de arriba:</p> <p style="text-align: center;"> <input type="radio"/> Padre <input type="radio"/> Madre <input type="radio"/> Padrastro <input type="radio"/> Madrastra <input type="radio"/> Tutor legal ordenado por la corte </p> | |
| <p>Tengo la autoridad legal, basada en la relación con el niño como se indica arriba de conformidad con s. 743.0645, F.S., para otorgar el consentimiento para la administración de esta prueba al niño mencionado anteriormente.</p> | |
| Firma del Padre o Tutor | Fecha |

| Para ser completado por un médico, proveedor de atención médica o proveedor autorizado | |
|--|--|
| Proveedor autorizado : <input type="radio"/> Nasofaríngeo <input type="radio"/> Oral <input type="radio"/> Cornete medio | Lugar de la prueba: Laboratorio asignado: |
| Tipo de prueba: | |

COVID-19 Testing Consent

| Student's Information | |
|---|---|
| Student's Name (Last, First Middle) | Student's DOB (MM/DD/YYYY) |
| Preferred Parent/Guardian Phone Number | Student's Address |
| Student's Grade | Student's ID Number |
| Student's School | Name of Student's Homeroom/1 st Period Teacher |
| <p>I authorize that a test sample be taken for COVID-19 as ordered by the authorizing provider (or my child's or legal dependent's physician or authorized healthcare provider). I do hereby consent to any physician or health care provider or authorized provider testing my minor child to use or disclose protected health information for reporting purposes.</p> | |
| <p><u>SECTION BELOW TO BE COMPLETED BY PARENT/GUARDIAN FOR CHILD UNDER 18</u></p> | |
| <p>I, _____, have the following relationship with the person above:</p> <p> <input type="radio"/> Father <input type="radio"/> Mother <input type="radio"/> Stepfather <input type="radio"/> Stepmother <input type="radio"/> Court ordered legal guardian </p> <p>I have the legal authority, based on the relationship to the child as indicated above pursuant to s. 743.0645, F.S., to consent to this test administration for the child named above.</p> | |
| Parent or Guardian Signature | Date |

| To Be Filled Out By Physician, Health Care Provider or Authorized Provider | |
|---|--|
| Authorizing Provider: <input type="radio"/> Nasopharyngeal <input type="radio"/> Oral <input type="radio"/> Mid-turbinate | Testing Site: Lab Assigned: |
| Type of Test: | |