



## **FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE/GUARDIÁN PARA PRUEBAS SEMANALES DE COVID PARA ESTUDIANTES**

**Debe llenar este formulario para dar su consentimiento para que su estudiante sea examinado para COVID-19 en la escuela. Solo necesita llenar este formulario una vez.**

Yo reconozco y doy consentimiento total y completo para una solicitud de prueba de COVID para mi hij@ mientras sea estudiante de BUSD hasta junio de 2021. Por lo cual presenté la solicitud y autorizo al subcontratista designado de PMH Laboratory, Inc. que es una enfermera independiente / agencia de personal de atención médica, no afiliada directamente con PMH Laboratory, Inc., para recoger esta muestra de la persona nombrada a continuación de quien soy el tutor legal. Por lo cual libero a BUSD y The PMH Laboratory, Inc. de toda responsabilidad. Entiendo que esta prueba es voluntaria y que tengo la opción de hacer pruebas semanales para mi hijo por mi cuenta. También entiendo que los resultados de las pruebas de COVID solo se compartirán con los administradores / personal de apoyo necesarios de BUSD y solo se usarán para los propósitos de la asistencia de mi hijo a BUSD. PMH Laboratory, Inc., no brinda asesoramiento médico ni es responsable de los resultados de las pruebas.

NOMBRE DEL NIÑO (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

**Firma del paciente/guardián:** \_\_\_\_\_

fecha: \_\_\_\_\_