



Estimado miembro del personal:

A medida que recibimos más alumnos de regreso a la escuela, FCPS está tomando varias medidas para mantener nuestras escuelas y nuestra comunidad seguras. Las medidas que estamos tomando incluyen lavarse las manos, distanciamiento físico y uso de tapabocas/mascarillas.

Además de estas prácticas, FCPS ofrecerá pruebas gratuitas en la escuela para el diagnóstico de COVID-19. En colaboración con el Departamento de Salud de Virginia, FCPS ha escogido participar en un programa piloto de pruebas de COVID-19. Rocky Run Middle School ha sido seleccionada para participar en este programa. **La participación es voluntaria.**

La prueba de diagnóstico de COVID-19 se ofrecerá a todo alumno o miembro del personal que tenga síntomas de COVID-19 durante el día lectivo. El propósito de esta prueba es identificar casos lo antes posible de manera que podamos tomar las medidas necesarias para proteger a otras personas dentro de nuestras escuelas y en la comunidad. El Departamento de Salud de Virginia le ha proporcionado a FCPS la prueba de antígeno Abbott BinaxNOW. Un miembro del personal capacitado para administrar las pruebas introducirá un hisopo dentro de una de las fosas nasales del miembro del personal. El resultado de la prueba durará aproximadamente 15 minutos.

De acuerdo con el protocolo actual de FCPS, se le pedirá al miembro del personal sintomático que se retire del edificio y que dé seguimiento con su médico, independientemente del resultado de la prueba. Antes de regresar a trabajar, el miembro del personal debe proporcionar un formulario de regreso al trabajo firmado por su médico. Para mayor información, refiérase al [Reglamento 4135](#).

Si se siente mal o tiene síntomas de COVID-19 antes del día lectivo, **por favor quédese en casa.**

**Para participar en el programa debe llenar el formulario de consentimiento adjunto y devolverlo a su escuela.**

Para más información, por favor, refiérase al documento de [preguntas frecuentes](#), el cual puede incluir la respuesta a muchas de sus preguntas. Si tiene más preguntas, por favor, comuníquese con el administrador de su escuela o su supervisor.



## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA ADMINISTRAR LA PRUEBA DE COVID-19 EN LA ESCUELA A UN MIEMBRO DEL PERSONAL

<b>Apellido:</b>	<b>Nombre:</b>	<b>Segundo nombre:</b>	<b>Fecha de nacimiento:</b> _____
<b>Dirección:</b>	<b>Calle:</b> <b>Ciudad:</b> <b>Estado:</b> <b>Código postal:</b>		
<b>Teléfono</b>		<b>Correo electrónico</b>	<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiero no responder
<b>Raza:</b>	<input type="checkbox"/> Indígena estadounidense/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> No indicado		<b>Hispano/latino</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder

**Al completar y entregar este formulario confirmo que doy mi consentimiento y que autorizo que se me administre de manera gratuita la prueba de antígeno para detectar COVID-19 durante el horario lectivo. Entiendo que autorizar una prueba de COVID-19 es opcional y que puedo rehusarme a otorgar esta autorización, en cuyo caso, no se me hará la prueba. Además, entiendo que debo permanecer en casa si me siento mal antes del día lectivo.**

**Consentimiento y divulgación de información (ponga sus iniciales):**

\_\_\_\_\_ En el caso de que yo muestre síntomas de COVID-19, autorizo que se me administre la prueba de antígeno Abbott BinaxNOW COVID-19. Entiendo que me informarán los resultados de la prueba y que también se reportarán dichos resultados al Departamento de Salud de Virginia, de conformidad con la ley estatal.

**Persona autorizada para firmar:**

Entiendo que puedo cambiar de opinión y cancelar esta autorización en cualquier momento. Para cancelar esta autorización de la prueba del COVID-19 necesito comunicarme directamente con [POC Name] al [Contact Info].

\_\_\_\_\_

Nombre en imprenta del miembro del personal      Firma del miembro del personal      Fecha