



PRUEBAS ALEATORIAS OPCIONALES EN LA ESCUELA

Su distrito escolar, en coordinación con CCC y nuestros socios realizará pruebas regulares al azar a los estudiantes y al personal de las escuelas. Para hacerlo posible solicitamos su permiso para permitir que usted o su hijo sean seleccionados para las pruebas de COVID-19 una o más veces en los próximos meses. Si selecciona "Sí" a continuación, entenderá que su hijo puede ser seleccionado para la prueba COVID-19 una o más veces al azar. Si NO ESTÁ dispuesto a permitir que su hijo sea seleccionado de esta manera, por favor marque "no" abajo.

¿Me permito a mí mismo o a mi hijo participar en pruebas opcionales y aleatorias en la escuela?

Sí

No

Nombre de participante: _____

Identificación de estudiante: _____

Escuela: _____

Dirección: _____ Teléfono #: _____

Fecha Nacimiento: _____

Origen Étnico:

- Hispano o Latino/a
- No Hispano o Latino/a
- Desconocido

Raza:

- Indio Americano o Nativo de Alaska
- Indio American de América del Sur o Central
- Asiático
- Negro o Afroamericano
- Medio Oriente o África del Norte
- Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico
- Blanco Caucásico
- Otro
- Prefiero no revelar

Género:

- Hombre
- Mujer
- No binario
- Negarse a responder

Firma del Padre o Tutor: _____

Nombre de Padre/Tutor en Letra de Molde: _____

Fecha de Hoy: _____