

**Prueba de infección por SARS-CoV-2**  
**CONSENTIMIENTO PARA LA PRUEBA Y AUTORIZACIÓN PARA LA**  
**DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN Y EL RESULTADO DE LA PRUEBA**

- Entiendo y por la presente doy mi consentimiento para participar en la prueba del COVID-19, ya sea para mí o como padre/madre o tutor legal del niño identificado arriba ("Niño"). Reconozco que la prueba consistirá en un hisopo nasal en la parte media de la nariz, o que yo o el niño produciremos una muestra de saliva como parte de una prueba PCR basada en la saliva.

- Reconozco que participar en la prueba del COVID-19 implica riesgos inherentes para la salud. Existe el riesgo de que el hisopado del tracto respiratorio superior asociado a la prueba de PCR con hisopo nasal de la parte media del tabique pueda causar molestias, reflejo nauseoso o sangrado nasal. Todos los procedimientos médicos tienen algún grado de riesgo inherente, incluido el riesgo desconocido. Al dar mi consentimiento para participar o permitir que mi hijo participe, reconozco que entiendo el riesgo de mi participación o la de mi hijo y acepto voluntariamente y asumo plenamente todos los riesgos para la salud en mi nombre o en el de mi hijo.

- Entiendo que, si hice clic en "Sí" en la pregunta de la pantalla anterior sobre las pruebas continuas, yo o mi hijo podemos ser examinados varias veces hasta el 30 de junio de 2022. Entiendo que el horario de las pruebas será determinado por la escuela y que es posible que no se me informe por adelantado de las pruebas. Entiendo que puedo optar por no participar en estas pruebas en cualquier momento poniéndome en contacto con [legal@covidecheckcolorado.org](mailto:legal@covidecheckcolorado.org). Sin embargo, entiendo que cualquier acción ya tomada en base a esta autorización antes de mi revocación no puede ser revertida.

- Por la presente autorizo a COVID Check Colorado, LLC ("CCC") y a cada una de las partes indicadas a continuación a divulgar información en relación con una prueba de SARS-CoV-2 ("COVID-19"). Autorizo la divulgación de esa información sobre mí o sobre mi hijo.

- Autorizo la divulgación de esa información sobre mí o sobre mi hijo a los socios de CCC, cuya lista puede actualizarse de vez en cuando y está disponible en <https://covidecheckcolorado.org/CCC-partners/>, con el fin de facilitar la realización de las pruebas de detección de la infección por COVID-19 y con el propósito de realizar las divulgaciones adicionales establecidas en la Política de Privacidad de CCC, disponible en <https://covidecheckcolorado.org/privacy-policy/>. Autorizo la divulgación de esa información a los Socios de CCC específicamente para los propósitos de pedir esta prueba de COVID-19; hacer cualquier llamada de seguimiento necesaria relacionada con los resultados de la prueba; servir como laboratorio asociado y proveer pruebas y servicios de laboratorio para analizar los resultados; y recolectar la información de los resultados de la prueba, compartirla conmigo, con otros Socios de CCC y con mi escuela o empleador.

- Autorizo a CCC a divulgar, según lo exige la ley, esa información sobre mí o mi hijo al Departamento de Salud Pública y Medio Ambiente de Colorado y a las agencias locales de salud pública.

- Entiendo que la información utilizada o divulgada de acuerdo con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte de CCC, los socios de CCC que actúan como proveedores de pedidos y los laboratorios asociados a CCC, y puede dejar de estar protegida por las regulaciones federales que protegen la privacidad y la seguridad de la información de salud de un individuo bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 ("HIPAA", por sus siglas en inglés) o la información de identificación personal contenida en los registros de educación de los estudiantes según lo definido por la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia ("FERPA", por sus siglas en inglés).
- Entiendo que puedo revocar mi autorización para mí o para mi hijo en cualquier momento notificando a CCC por escrito a COVID Check Colorado, LLC, 1705 17th Street, Suite 200, Denver, CO 80202 o [legal@covidcheckcolorado.org](mailto:legal@covidcheckcolorado.org) mi deseo de revocarla. Sin embargo, entiendo que cualquier acción ya tomada en base a esta autorización antes de mi revocación no puede ser revertida.
- A menos que sea revocada antes, esta autorización expira doce (12) meses después de la fecha de esta autorización.
- He leído y comprendido la información arriba indicada. Reconozco que todas mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización firmada.
- Declaro que soy el paciente o estoy autorizado a actuar en nombre del paciente, para firmar este documento. Confirmando que mi firma a continuación verifica la autorización para el uso o la divulgación de mi información bajo los términos arriba indicados.

### **AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN Y RESULTADOS DE PRUEBAS AL MAPLETON**

- Por la presente autorizo a CCC a divulgar información personal, información de la prueba molecular del SARS-CoV-2 ("COVID-19") y los resultados en relación con una prueba del SARS-CoV-2 ("COVID-19") a MAPLETON con el fin de divulgar si yo o mi hijo tenemos la infección del COVID-19.
- Entiendo que la información utilizada o divulgada de acuerdo con esta autorización puede ser objeto de una nueva divulgación por parte de MAPLETON y puede dejar de estar protegida por las regulaciones federales que protegen la privacidad y la seguridad de la información de salud de un individuo bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 ("HIPAA" por sus siglas en inglés) o la información de identificación personal contenida en los registros de educación de los estudiantes como se define en la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia ("FERPA" por sus siglas en inglés).
- Entiendo que mi autorización es voluntaria y que no estoy obligado a firmar este formulario. Entiendo que cualquier tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para beneficios no estará condicionada a mi autorización de esta divulgación.
- Entiendo que las pruebas de diagnóstico del COVID-19 son consistentes con la necesidad del negocio, y que un individuo con COVID-19 supondrá una amenaza directa para la salud de otros en MAPLETON.
- Entiendo que la continuidad de mi empleo, si soy un empleado, o mi acceso a las instalaciones operadas por MAPLETON no depende de que firme esta autorización.

- Entiendo que esta autorización es válida sólo para la divulgación de los resultados de la prueba para mí o para mi hijo en relación con la participación en la prueba PCR.
- He leído y comprendido la información arriba indicada. Reconozco que todas mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización firmada.

**Advertencia de los riesgos y aceptación de los mismos**

Participar en las pruebas del COVID-19 implica riesgos inherentes para la salud. Existe un riesgo de exposición al COVID-19 al salir de casa. Existe el riesgo de que el hisopado del tracto respiratorio superior asociado a la prueba de PCR con hisopo nasal de la parte media del turbinato pueda causar molestias, reflejo nauseoso o sangrado nasal. Todos los procedimientos médicos tienen algún grado de riesgo inherente, incluido el riesgo desconocido. Al dar mi consentimiento para participar o permitir que mi hijo participe, reconozco que entiendo el riesgo de mi participación o la de mi hijo y acepto voluntariamente todos los riesgos para la salud en mi nombre o en el de mi hijo.

**Renuncia, exención e indemnización**

Entiendo y reconozco que ninguna persona o entidad garantiza mi seguridad o la de mi hijo. Sé que la participación en esta prueba es una actividad potencialmente peligrosa y por la presente asumo la responsabilidad total y completa de cualquier lesión, enfermedad o accidente que pueda ocurrir durante mi participación o la de mi hijo. Por la presente libero, renuncio, eximo de responsabilidad y me comprometo a no presentar una demanda contra los administradores, patrocinadores, organizadores, voluntarios, empleados, agentes o cualquier persona o entidad afiliada asociada a esta prueba de cualquier pérdida, daño, responsabilidad u otras reclamaciones y causas de acción que puedan surgir de mi participación o de la participación de mi hijo.

**Al firmar a continuación, doy mi consentimiento para que se me realice la prueba del COVID-19 a mí o a mi hijo y autorizo a CCC a entregar los resultados de dicha prueba a MAPLETON en los términos arriba indicados.**

**Nombre del participante (en letra de imprenta):** \_\_\_\_\_

**Escuela:** \_\_\_\_\_

**Tutor legal (si aplica):** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Numero de Telefono:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_