

Phoenix Union COVID-19 Testing Permission Form

As the parent or guardian of the minor student named below (the “Student”), I authorize Phoenix Union High School District (the “District”) personnel, or a third party selected by the District to conduct a COVID-19 test on the Student.

COVID-19 tests are designed to detect proteins from the virus, which causes COVID-19 illness. Furthermore, I understand the potential risks of this type of testing (nasal swab) procedure include:

- Possible discomfort or other complications that can happen during sample collection.
- Possible false positive, false negative or inconclusive test results.

Potential benefits include:

- The result, along with other information, can help you make informed decisions about your care.
- The results of this test may help limit the spread of COVID-19 to your family and others in your community and the campus community

I attest for the 2022- 2023 school year, that:

- I have signed this form freely and voluntarily, and I am legally authorized to make decisions for the child named below.
- I consent that the school may notify my child of the test results.
- I consent for my child to be tested, if he/she is willing to be tested, for COVID-19 when necessary and understand that my child may be tested multiple times.
- I consent for my child to be tested by school staff, contracted healthcare personnel, Local and Tribal Health Department staff, and/or other trained personnel as directed by the school.
- I understand that this consent form will be valid, unless I notify the designated contact person from my child’s school in writing that I revoke my consent.
- I understand that test results may be shared with the school, county, and other local, state, and federal public health authorities as permitted by law.
- I understand that if I am a student age 18 or older or may otherwise legally consent for my own health care, references to “my child” refer to me and I may sign this form on my own behalf.

By checking this box, I consent to all the above

Visit the CDC’s-webpage for more information on Coronavirus and keeping you and your family safe: www.cdc.gov/coronavirus.

Student Name:

School Name:

Student Date of Birth:

Student PXU ID Number (if available):

Parent/Guardian Name (print):

Today’s Date:

Parent/Guardian Signature:

Parent/Guardian Email address:

Formulario Para Consentimiento de Prueba COVID-19 en Phoenix Union

Como padre o tutor del estudiante menor mencionado a continuación (el "Estudiante"), autorizo al personal de Phoenix Union High School District (el "Distrito") o a un personal tercero seleccionado por el Distrito a realizar una prueba COVID-19 en el Estudiante.

Las pruebas de COVID-19 están diseñadas para detectar proteínas del virus, que causa la enfermedad COVID-19. Además, entiendo que los riesgos potenciales de este tipo de procedimiento de prueba (hisopado nasal) incluyen:

- Posibles molestias u otras complicaciones que pueden ocurrir durante la recolección de muestras.
- Posibles resultados incluyen: falsos positivos, falsos negativos o no concluyentes.

Los posibles beneficios incluyen:

- El resultado, junto con otra información, puede ayudarlo a tomar decisiones informadas sobre su cuidado.
- Los resultados de esta prueba pueden ayudar a limitar la transmisión del COVID-19 a su familia y a otras personas en su comunidad y la comunidad del campus

Al poner mis iniciales en cada línea y firmar a continuación, atestiguo para el año escolar 2022-2023, que:

- He firmado este formulario libre y voluntariamente, y estoy legalmente autorizado para tomar decisiones por el estudiante mencionado abajo.
- Doy mi consentimiento para que la escuela pueda notificar a mi hijo/hija sobre los resultados de la prueba.
- Doy mi consentimiento para que mi hijo/hija se haga la prueba, si está dispuesto a hacerse la prueba, para COVID-19 cuando sea necesario y entiendo que mi hijo puede ser examinado varias veces.
- Doy mi consentimiento para que mi hijo/hija sea examinado por el personal de la escuela, el personal de atención médica contratado, el personal del Departamento de Salud Local y Tribal y / u otro personal capacitado según lo indique la escuela.
- Entiendo que este formulario de consentimiento será válido, a menos que notifique por escrito a la persona de contacto designada de la escuela de mi hijo/hija que revoco mi consentimiento.
- Entiendo que los resultados de las pruebas se pueden compartir con la escuela, el condado y otras autoridades de salud pública locales, estatales y federales según lo permita la ley.
- Entiendo que, si soy un estudiante de 18 años o más, o puedo dar mi consentimiento legal para mi propia atención médica, las referencias a "mi hijo" se refieren a mí y puedo firmar este formulario en mi propio nombre.

Al marcar esta casilla, doy mi consentimiento para todo lo anterior

Visite la página web del CDC para obtener más información sobre el coronavirus y cómo mantenerlos a usted y a su familia a salvo: www.cdc.gov/coronavirus.

Nombre del estudiante:

Nombre de la escuela:

Fecha de nacimiento del estudiante

Número de identificación del estudiante PXU (si está disponible):

Nombre de padre/tutor:

Fecha:

Firma del Padre / Tutor:

Dirección de correo electrónico del padre / tutor: