



Consent and Registration Form for Rapid COVID-19 Antigen Test

Information about the person to be tested

First Name: _____ Last Name: _____

DOB: ____/____/____

Grade level/ Department: _____

Please carefully read the following informed consent and sign the authorization to test for COVID-19.

1. I understand that the COVID-19 testing will be conducted through an antigen test, or other acceptable test as ordered by an authorized medical provider or a public health official.
2. I understand that my ability to receive testing is limited to the availability of test supplies.
3. I understand that I am not creating a patient relationship with the ordering physician by participating in this testing. I understand the entity performing the test is not acting as my medical provider. Testing does not replace treatment by my medical provider. I assume complete and full responsibility to take appropriate action with regards to my test results and my medical care. I agree I will seek medical advice, care, and treatment from my medical provider or other health care entity if I have questions or concerns, if I develop symptoms of COVID-19, or if my condition worsens.
4. I understand it is my responsibility to inform my health care provider of a positive test result, and that a copy will not be sent to my health care provider for me.
5. I understand that my antigen test result will be available in 15-30 minutes. If the result is positive, it will need to be confirmed with a PCR test.
6. I understand and acknowledge that a positive antigen test result is an indication that I need to self-isolate to avoid infecting others until I obtain a negative PCR test result.
7. I have been informed of the test purpose, procedures, and potential risks and benefits. I will have the opportunity to ask questions before proceeding with a COVID-19 diagnostic test at the testing site. I understand that if I do not wish to continue with the COVID-19 diagnostic test, I may decline to test.
8. I understand that to ensure public health and safety and to control the spread of COVID-19, my test results may be shared with relevant health and school authorities without my individual authorization.
9. I understand that my test results may be disclosed anonymously to the appropriate public health authorities as required by law.
10. I understand that I may withdraw my consent to participate in testing at any time.

AUTHORIZATION/CONSENT TO TEST FOR COVID-19

- I authorize my child _____ to undergo testing.
- I authorize to charge my school account the amount of RD\$600.00 pesos.

Patient/Parent/Legal Guardian Signature

Date



Formulario de consentimiento y registro prueba de antígeno COVID-19

Información de la persona que se realizará la prueba

Nombre: _____ Apellido: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____

Grado/Departamento: _____

Por favor, lea atentamente el siguiente consentimiento informado y firme la autorización para realizar la prueba de COVID-19.

1. Entiendo que la prueba de COVID-19 se llevará a cabo a través de una prueba de antígeno, u otra prueba ordenada por un proveedor médico autorizado o un funcionario de salud pública.
2. Entiendo que mi capacidad de recibir la prueba está limitada a la disponibilidad de los suministros de la prueba.
3. Entiendo que no estoy creando una relación de paciente con el médico que ordena la prueba al participar en esta prueba. Entiendo que la entidad que realiza la prueba no está actuando como mi médico. Las pruebas no sustituyen el tratamiento por parte de mi médico. Asumo la completa y total responsabilidad de tomar las medidas adecuadas con respecto a los resultados de mis pruebas y mi atención médica. Estoy de acuerdo en que buscaré el consejo médico, la atención y el tratamiento de mi médico u otra entidad de atención médica si tengo preguntas o preocupaciones, si desarrollo síntomas de COVID-19, o si mi condición empeora.
4. Entiendo que es mi responsabilidad informar a mi médico de un resultado positivo de la prueba, y que no se le enviará una copia de la prueba por mí.
5. Entiendo que el resultado de mi prueba de antígeno estará disponible en 15-30 minutos. Si el resultado es positivo, será necesario confirmarlo con una prueba PCR.
6. Entiendo y reconozco que un resultado positivo de la prueba de antígeno es una indicación de que necesito autoaislamiento para evitar infectar a otros hasta que obtenga un resultado negativo de la prueba PCR.
7. He sido informado de la finalidad de la prueba, los procedimientos y los posibles riesgos y beneficios. Tendré la oportunidad de hacer preguntas antes de proceder a la prueba de diagnóstico de COVID-19 en el centro de pruebas. Entiendo que si no deseo continuar con la prueba diagnóstica COVID-19, puedo rechazar la prueba.
8. Entiendo que para asegurar la salud y seguridad pública y para controlar la propagación de COVID-19, los resultados de mi prueba pudieran ser compartidos con las autoridades de salud y del colegio sin mi autorización individual.
9. Entiendo que los resultados de mi prueba de ser necesario pudieran ser divulgados anónimamente a las autoridades de salud pública apropiadas como lo requiere la ley.
10. Entiendo que puedo retirar mi consentimiento de participar en las pruebas en cualquier momento.

AUTORIZACIÓN/CONSENTIMIENTO PARA LA PRUEBA DE COVID-19

- Estoy de acuerdo en someter a prueba de antígeno COVID-19 durante el período de prueba (staff) y/o Yo autorizo a mi hijo/a _____ someterse a la prueba.
- Autorizo cargar mi cuenta del colegio el monto de RD\$600.00 pesos dominicanos por concepto de la prueba rápida de antígeno.

Firma del paciente/padre/tutor legal

Fecha