

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ÁNGELES

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PRUEBA COVID-19 PARA EMPLEADOS

Apellido del Empleado que Recibió la Prueba	Nombre	Segundo Nombre
Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)	Núm. de Empleado	Teléfono en Casa
Nombre de la Escuela o Instalación Escolar	Núm. de Teléfono para Casos de Emergencia	

Por favor lea cuidadosamente la información del consentimiento informado que aparece a continuación:

1. Yo autorizo al Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles (en lo sucesivo el "LAUSD") y/o a un laboratorio independiente, que desempeña funciones a nombre del LAUSD, a llevar a cabo la toma de una muestra y prueba para determinar si una persona estuvo en contacto con el nuevo Coronavirus de 2019 (COVID-19) por medio de un hisopado del plano medio del cornete nasal, muestra de saliva, u otro medio de toma de muestras no invasivo o mínimamente invasivo de acuerdo con una orden de un proveedor médico autorizado. Yo entiendo que la prueba inicial de referencia y las pruebas periódicas son obligatorias para todos los empleados que, con el fin de desempeñar sus obligaciones laborales, entrarán u ocuparán cualquier instalación del LAUSD.
2. Yo reconozco que los métodos para tomar muestras mínimamente invasivos, como el hisopado del plano medio del cornete nasal, pueden resultar en distintos niveles de incomodidad durante la toma de la muestra.
3. Yo entiendo que los laboratorios independientes que colaboran con el LAUSD operan, según lo permiten las leyes y reglamentos procedentes, en las distintas fases del proceso de presentación, constatación y aprobación de la Autorización para Uso de Emergencia de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los E.U.
4. Yo reconozco que, si yo recibo un resultado positivo de la prueba, yo tengo que cumplir con las políticas de aislamiento y cuarentena del LAUSD y todas las leyes federales, estatales y/o locales procedentes que sirven como guía para el aislamiento y cuarentena para evitar la infección de otras personas .
5. Además reconozco que, ante un resultado positivo de la prueba, el LAUSD y/o los individuos o contratistas que actúen en su nombre, pueden ponerse en contacto conmigo y con aquellos que puedan haber estado expuestos a mí, y mi identidad podría ser revelada a ciertos individuos en la medida en que sea necesario para proteger la salud y la seguridad de quienes estuvieron expuestos.
6. Entiendo que al firmar este documento y al manifestar mi acuerdo de someterme a la prueba COVID 19, yo no estoy estableciendo una relación como paciente con el LAUSD. Yo entiendo que el LAUSD no asume funciones de proveedor de atención médica para mi persona. La prueba no reemplaza el tratamiento de mi proveedor de atención médica. Yo asumo la total y plena responsabilidad de tomar las medidas apropiadas con relación a los resultados de mi prueba. Yo acuerdo que buscaré consulta, atención y tratamiento médicos de mi proveedor de atención médica en la medida en que tal consulta, atención y tratamiento médicos sean necesarios.
7. Yo entiendo que, como con cualquier prueba médica, existe el potencial de un resultado positivo falso o de un falso negativo.
8. Al firmar este formulario, yo reconozco que he recibido una copia de la Notificación de Medidas de Privacidad del LAUSD.

ACEPTACIÓN

Yo, el abajo firmante, he sido informado acerca del propósito de la prueba, los procedimientos y los posibles riesgos y beneficios. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas antes de dar mi consentimiento y se me ha informado que puedo hacer otras preguntas en cualquier momento. Yo voluntariamente estoy de acuerdo en que se me administre la prueba para COVID-19.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Firma		Fecha (mm/dd/aaaa)	
Dirección		Teléfono	
Firma verificada por (SÓLO PARA USO OFICIAL)		Fecha (mm/dd/aaaa)	

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ÁNGELES
SERVICIOS HUMANOS Y DE SALUD ESTUDIANTIL
AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE CONFIDENCIALIDAD

Esta notificación describe la manera en que la información médica de usted o su hijo se puede utilizar y divulgar y cómo usted puede tener acceso a dicha información. Por favor lea este documento detenidamente.

Las leyes federales y la Ley que Rige la Transferibilidad y la Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA) requieren que el Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles, sus escuelas y las entidades contratadas por el Distrito se aseguren de respetar la confidencialidad de la información protegida sobre la salud (PHI). La PHI incluye la información que hemos creado o recibido sobre las afecciones de salud pasadas, presentes o futuras de usted o de su hijo que pueden ser utilizadas para identificar a usted o su hijo. A menos que usted nos proporcione una autorización por escrito, sólo divulgaremos la información en su historial médico a fin de que se dé tratamiento, un pago, actividades de atención médica, o cuando por otros motivos la ley nos lo requiera o permita. No hemos enumerado todas las maneras para el uso de la información, sin embargo, las maneras en que se utiliza o divulga, encuadran dentro de una de las siguientes descripciones

- 1. Recordatorios de citas, y prestaciones o servicios de salud:** Podemos utilizar la PHI para enviarle un recordatorio sobre una cita. También podemos utilizar la PHI para proporcionarle información sobre otros tratamientos o servicios de atención médica.
- 2. Tratamiento:** Podemos usar o divulgar su PHI a aquellas personas que le ofrecen servicios de atención médica a usted o su hijo, por ejemplo, a los médicos, enfermeros u otros profesionales que ofrecen atención médica. La PHI también se puede utilizar para canalizar casos a hospitales, especialistas u otras alternativas de tratamiento. Por ejemplo, podemos compartir la PHI con el personal indicado de la escuela para la elaboración del Programa de Educación Individualizado (IEP) con el fin de recomendar servicios de Educación Especial aptos para abordar las necesidades de salud de usted o su hijo cuando se encuentre en la escuela.
- 3. Para recibir pago por el tratamiento que usted o su hijo recibió:** Podemos usar y divulgar su PHI para facturar y recibir pagos por el tratamiento y servicios que usted o su hijo haya recibido en la escuela o entorno comunitario. Por ejemplo, LAUSD factura a Medicaid por los servicios que se le proporcionan a alumnos que cumplen con los requisitos para recibir Medi-cal.
- 4. Actividades de Atención a la Salud:** Podemos utilizar o divulgar el PHI para administrar los centros de atención médica en los planteles escolares. Por ejemplo, nuestro equipo de mejoramiento de la calidad puede utilizar la información que se encuentra en el historial médico de usted o su hijo para analizar la atención que recibió el alumno y los resultados con el fin de mejorar la calidad de los servicios.
- 5. Para cumplir los requisitos legales:** Podemos usar y divulgar la PHI a funcionarios gubernamentales o agencias del orden público cuando las leyes federales, estatales o locales nos lo requiera. También compartimos la PHI cuando se nos requiere en un tribunal u otros procesos jurídicos. Por ejemplo, si una ley establece que se divulgue información sobre los alumnos que han sido abusados, proporcionaremos dicha información.
- 6. Para reportar actividades de salud pública:** Podemos utilizar y divulgar la PHI a funcionarios gubernamentales a cargo de recopilar cierta información de salud pública. Por ejemplo, compartimos información general sobre vacunaciones, fallecimientos y otros datos estadísticos sobre enfermedades, tales como Pertussis y varicela.
- 7. Para fines de investigación:** No divulgamos la PHI para que se realice una investigación médica. Sin embargo, usamos la PHI para recopilar información que es imposible vincular con usted o su hijo.
- 8. Para evitar daños:** Para evitar poner en serio peligro la salud y la seguridad de una persona o del público le podemos proporcionar la PHI a entidades policiales, personal especializado en casos de urgencia y a otras personas que pueden impedir o disminuir el daño.
- 9. Recaudación de fondos:** Podemos usar y divulgar la PHI para solicitar subvenciones y/o se la podemos divulgar a entidades que ofrecen subvenciones con el fin de obtener fondos para mejoras y la expansión de nuestros servicios. (A pesar de que está autorizado por ley, LAUSD no tiene la práctica de usar o divulgar la PHI en una manera que permita que dicha información se vincule con usted o su hijo).

Sus Derechos

- Ver u obtener una copia de la información que tenemos sobre usted o su hijo, o corregir la información personal que se tiene sobre usted o su hijo si usted considera que falta o que es incorrecta. Si alguna otra persona (por ejemplo, su médico) nos proporcionó la información, le informaremos a usted quién nos la proporcionó para que usted les pueda pedir que la corrijan.
- Solicitar que no utilicemos su información sobre la salud para recibir pago o realizar actividades para la administración de la atención médica. (No se nos exige que acordemos con estas peticiones.)
- Solicitar que nos comuniquemos con usted sobre temas de la salud por medio de otros métodos alternativos razonables o que enviemos dicha información a una dirección diferente, si el envío de estas comunicaciones a su domicilio lo pondría en peligro.
- Usted tiene el derecho en cualquier momento de retirar o revocar por escrito su consentimiento. Sin embargo, nosotros podemos rehusarnos a continuar ofreciendo tratamiento médico a un niño si sus padres revocan el consentimiento dado.
- Recibir una lista de los datos que hemos divulgado sobre la salud de usted o su hijo a partir del 14 de abril de 2003, con las siguientes excepciones
 - Usted ha autorizado la divulgación;
 - La información se divulgó para tratamiento, pago o administración de servicios de atención médica; o
 - La ley de alguna otra manera limita la aplicación de contabilidad

Si tiene alguna pregunta, favor de llamar a Margarita Bobe al (213) 241-0558.

Proceso para Presentar Quejas

Si usted considera que posiblemente hemos quebrantado sus derechos de confidencialidad, puede enviar su denuncia por escrito a:
Los Angeles Unified School District Student Health and Human Services 333 South Beaudry Avenue, Piso 29 Los Angeles, CA 90017

Attn: Margarita Bobe

Método alternativo para presentar una denuncia:

Privacy Complaints

U.S. Department of Health and Human Services Centers for Medicare and Medicaid Services

7500 Security Boulevard, Baltimore, Maryland

1-800-633-4227

Ed. 100220