



JB Pritzker, Governor

Illinois Department of Human Services

Grace B. Hou, Secretary

Jack Mabley Developmental Center
1120 Washington Avenue • Dixon, Illinois 61021

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL ESTUDIANTE / PADRE / TUTOR PARA LA
TRANSCRIPCIÓN INVERSA COVID-19 REACCIÓN EN CADENA DE POLIMERASA (RT-PCR) /
PRUEBA DE ANTÍGENO**

El Departamento de Servicios Humanos de Illinois (IDHS), División de Servicios de Rehabilitación (DRS), está buscando su consentimiento voluntario para participar en las pruebas COVID-19 regulares y clínicamente indicadas. Lea atentamente lo siguiente:

Entiendo que COVID-19 es una enfermedad respiratoria que generalmente comienza como fiebre y tos, sin embargo, en algunas personas, pueden desarrollarse complicaciones graves. El COVID-19 parece transmitirse por contacto cercano de persona a persona. Esto puede ocurrir cuando una persona enferma con COVID-19 tose o estornuda sobre sí misma, otras personas o superficies cercanas. Las gotitas de la tos o el estornudo pueden viajar una distancia corta por el aire y aterrizar en la boca, la nariz o los ojos de las personas que se encuentran cerca. El virus también se puede propagar cuando una persona toca una superficie u objeto con gotitas infecciosas y luego se toca la boca, la nariz o los ojos. También es posible que COVID-19 se pueda propagar por el aire o por otras formas que aún no conocemos.

Reconozco que me pueden hacer la prueba de COVID-19 porque he solicitado voluntariamente ser examinado por IDHS / DRS para una posible infección por COVID-19.

Entiendo que los beneficios de la prueba de COVID-19 son los siguientes:

1. La prueba puede ayudar a detectar la presencia de una infección por COVID-19 y permitirme buscar la atención médica adecuada, o
2. Es posible que no obtenga beneficios directos inmediatos al realizarme esta prueba. Sin embargo, esta prueba puede ayudar a encontrar el virus en personas que aún no tienen todos los signos de COVID-19. Si las personas con el virus COVID-19 limitan el contacto con otras personas, esto puede evitar que otras se enfermen. Al hacerme esta prueba, puedo reducir la posibilidad de transmitir el virus a mi familia, amigos, colegas, pacientes / residentes / clientes con los que trabajo y otros. Es posible que reciba el mismo beneficio de otros que tomen el examen.

Reconozco que la prueba involucrará cualquiera de las siguientes pruebas / procedimientos COVID-19:

1. Hisopo nasofaríngeo para RT PCR: Se me pedirá que incline la cabeza hacia atrás y me quede quieta mientras un profesional de la salud inserta un hisopo aplicador largo (6 pulgadas) a través de mi nariz hasta la parte posterior de la garganta (faringe). El hisopo aplicador se rotará durante varios segundos. Ocasionalmente, si la muestra no fue adecuada, es posible que deba usarse el mismo hisopo para recolectar una muestra del otro lado de la nariz. Entiendo que la prueba no se debe

realizar si tengo antecedentes de un traumatismo nasal reciente, cirugía nasal, si tengo un tabique nasal desviado grave, tengo los conductos nasales bloqueados crónicamente y / o una afección hemorrágica. Las complicaciones de la prueba son raras y generalmente no graves y pueden incluir malestar leve a moderado, náuseas, tos y posiblemente una hemorragia nasal leve. El material de prueba será conservado y procesado por el Departamento de Salud Pública de Illinois (IDPH).

2. Hisopo nasal anterior para RT PCR: Se me pedirá que incline la cabeza hacia atrás y me quede quieto mientras un profesional de la salud inserta un hisopo aplicador en la parte anterior (aproximadamente ½ pulgada) de mi nariz. Esto también lo puedo realizar yo mismo a través de instrucciones directas del profesional de la salud. El hisopo aplicador se girará suavemente durante aproximadamente 15 segundos. Ocasionalmente, si la muestra no fue adecuada, es posible que deba usarse el mismo hisopo para recolectar una muestra del otro lado de la nariz. Las complicaciones de la extracción del frotis nasal anterior son raras y muy leves y pueden incluir una sensación de incomodidad. El material de prueba será conservado y procesado por IDPH.
3. Prueba de antígeno: Se me pedirá que incline la cabeza hacia atrás y me quede quieta mientras un profesional de la salud inserta un hisopo aplicador en la fosa nasal anterior (aproximadamente ½ pulgada) de mi nariz. Esto también lo puedo realizar yo mismo a través de instrucciones directas del profesional de la salud. El hisopo aplicador se rotará suavemente 5 veces o más contra la pared nasal y luego se retirará lentamente de la fosa nasal. Las complicaciones de la extracción del frotis nasal anterior son raras y muy leves y pueden incluir una sensación de incomodidad. El material de prueba será conservado y procesado por el profesional sanitario. Un resultado positivo de una prueba de antígeno se considera exacto cuando se siguen cuidadosamente las instrucciones, pero existe una mayor probabilidad de resultados falsos negativos, lo que significa que es posible estar infectado con el virus pero tener un resultado negativo. Dependiendo de la situación, el profesional de la salud puede recomendar otra prueba para confirmar un resultado negativo de la prueba de antígeno.

Reconozco que las pruebas son muy precisas, por lo que una prueba positiva generalmente implica que tengo COVID-19; sin embargo, existe la posibilidad de tener una prueba falsa positiva (la prueba indica enfermedad, sin embargo, es posible que no tenga COVID-19) o un falso negativo (la prueba indica que no hay enfermedad, sin embargo, en realidad tengo COVID-19). En cualquier situación, mi profesional de la salud y / o el funcionario de salud pública explorarán toda la atención de seguimiento necesaria. Si los resultados de mi prueba son positivos, me aislaré de acuerdo con las pautas de los CDC y consultaré y, según sea necesario, buscaré tratamiento con mi (s) profesional (es) de atención médica. Mientras espero los resultados de la prueba, si desarrollo síntomas de COVID-19 (como una nueva tos, fiebre, escalofríos, dolores musculares, nueva aparición de pérdida del olfato / gusto), debo aislarme en mi residencia y notificar inmediatamente a mi proveedores de servicios de salud). Si desarrollo síntomas graves, como falta de aire / dificultad para respirar, dolor en el pecho y / o labios, dedos de manos y / o dedos de los pies azulados, debo buscar atención médica de emergencia.

Entiendo que los resultados de mi prueba de PCR deben estar disponibles dentro de 3 a 7 días o los resultados de la prueba de antígeno dentro de una hora. En el caso de un resultado positivo, entiendo que recibiré una notificación inmediatamente después de recibirla. Además, entiendo que no se hará ninguna divulgación adicional de los resultados sin mi autorización expresa por escrito.

Reconozco que he tenido la oportunidad de hacer preguntas con respecto a este procedimiento y mis preguntas han sido completamente respondidas.

Entiendo que si tengo preguntas sobre las pruebas y los resultados, me comunicaré con el Director de Servicios de Salud o el Departamento de Enfermería.

DHS / DRS completará e interpretará las pruebas. Los resultados de las pruebas estarán disponibles para cualquier empleado de DHS / DRS con un interés educativo legítimo, de conformidad con la Ley de Registros Escolares de Estudiantes de Illinois. Además, DHS / DRS compartirá la siguiente información con las partes que se describen a continuación de la manera que se describe a continuación:

- * Resultados de exámenes positivos y negativos, nombre del estudiante, fecha de nacimiento del estudiante y dirección del estudiante con el Departamento de Salud Pública de Illinois a través de la transmisión electrónica de esta información utilizando el sitio de informes en línea de Red Cap. El propósito de esta divulgación es facilitar el rastreo de contactos y el rastreo del uso de la prueba.
- * Resultados positivos de las pruebas, nombre del estudiante, fecha de nacimiento del estudiante y dirección del estudiante con el departamento de salud de su condado local a través de una transmisión por fax. El propósito de esta divulgación es facilitar el rastreo de contactos y ayudar al departamento de salud local a monitorear las métricas de transmisión de la comunidad.
- * Todos los resultados positivos y negativos de las pruebas también se compartirán con el padre / tutor del estudiante con el fin de buscar tratamiento médico adicional.

Al firmar este Consentimiento y Reconocimiento de Pruebas Voluntarias, yo (Padre / Tutor y Estudiante), en mi propio nombre y en nombre del Estudiante, acepto renunciar, liberar, indemnizar, eximir de responsabilidad y pactar no demandar a DHS / DRS, administradores, empleados, agentes, representantes, voluntarios, aseguradores, cesionarios y sucesores, con respecto a todos y cada uno de los reclamos, cargos y causas de acción, ya sean conocidos o desconocidos, pasados, presentes o futuros, incluidos, entre otros, cualquier y todos los costos, gastos y honorarios de abogados, por razón de cualquier lesión, enfermedad, muerte, daño o pérdida, que surja de o en conexión con la administración del DHS / DRS de la prueba COVID PCR / Antigen al Estudiante.

ACEPTACIÓN

Entiendo y acepto la información anterior sobre la prueba y la divulgación de los resultados. Acepto voluntariamente hacerme la prueba de COVID-19.

Fecha: _____

Firma: _____

Este reconocimiento permanecerá en vigor durante un (1) año calendario a partir de la fecha de su firma, a menos que se revoque por escrito.