

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

ESCUELA: _____ Domicilio: _____ Número de teléfono: _____

ALUMNO O MIEMBRO DEL PERSONAL QUE SERÁ TESTEADO:		
Nombre de la persona que será testeada:	Fecha de nacimiento	Fecha del servicio
Domicilio de las person testeada	Identificación del alumno/miembro del personal	Comentarios o preocupaciones:
REPRESENTANTE LEGAL DEL ALUMNO:		
Nombre del representante legal del alumno	Relación con el alumno	Número de teléfono particular del representante legal
Domicilio del representante legal	Número de teléfono (celular) del representante legal	Dirección de correo electrónico del representante legal
MÉDICO DE CABECERA DE LA PERSONA TESTEADA:		
Nombre del médico de cabecera	Número de teléfono del médico de cabecera	Domicilio del médico de cabecera
SEGURO:		
Seguro de salud: Compañía aseguradora:	Plan de salud/Número de grupo:	Número de identificación de miembro del seguro de salud:

Yo, _____, soy representante legal del alumno arriba mencionado ("Alumno") y, ya sea en nombre del alumno o en el mío propio, si tengo dieciocho años de edad como mínimo, autorizo, por el presente, a **PHYSICIANS OF THE FUTURE MEDGROUP, PLLC DBA RAPID CARE SOLUTIONS** ("PLLC") a prestar los servicios enumerados a continuación para el alumno o para mí mismo(a), conforme a lo solicitado por la Escuela arriba identificada ("ESCUELA").

SERVICIOS: Recolección de muestra para testeo por COVID-19:

Como condición para que PLLC proporcione los Servicios al Alumno, o en mi nombre, hago las siguientes declaraciones como representante legal del Alumno, o en mi nombre (de ser yo mismo(a) la persona a ser testeada): Tengo el derecho y la autoridad legal de representar al Alumno o actuar en mi propio nombre en todo lo relacionado con esta autorización y consentimiento y los Servicios a ser provistos conforme al presente. Autorizo a PLLC a realizar el Servicio arriba seleccionado. Autorizo a PLLC a realizar lo siguiente: (i) recolectar una o más muestras y coordinar el testeo por COVID-19, de manera adecuada para dicho Servicio, lo cual incluye un hisopado nasofaríngeo; (ii) enviar toda muestra recolectada a un laboratorio que sea aceptable para este estado; (iii) obtener todos los resultados del testeo para dicho Servicio ("Resultados del testeo"); (iv) contactarse conmigo por teléfono, por correo electrónico o en el domicilio arriba provisto respecto de los Resultados del testeo y notificarme acerca de la necesidad de cuidados médicos de seguimiento para el Alumno o para mí mismo(a) por parte del médico de cabecera del Alumno o del mío propio; (v) notificar a la ESCUELA los Resultados del testeo y confirmar que se ha realizado el servicio para el Alumno o para mí mismo(a); (vi) enviar u organizar la transmisión de los Resultados del testeo al médico de cabecera del Alumno o a mi propio médico (arriba identificado); (vii) si el Resultado del testeo es positivo, contactarse conmigo una vez transmitido dicho resultado para informarme que es mi responsabilidad obtener cuidados médicos adicionales para mí mismo(a) o para el Alumno de parte del médico de cabecera del Alumno, si corresponde, y que en caso de no contar yo mismo(a) o el Alumno con un médico de cabecera, buscar cuidados médicos de seguimiento de otro médico de mi elección y hacer que yo mismo o el Alumno cumpla todo requisito de cuarentena/aislamiento que sea necesario; y (viii) presentar un reclamo por el Servicio al plan de seguro de salud arriba identificado, si corresponde. Autorizo a informar a la ESCUELA y a los departamentos de salud estatales y locales, y a cualquier otra entidad gubernamental o regulatoria, los Resultados del testeo del Alumno o de mi propia persona que sean requeridos y autorizo a informar al departamento de salud y/u otra entidad regulatoria que corresponda todo dato demográfico o de identificación personal sobre mí que sea requerido conforme a las leyes, regulaciones u órdenes vigentes.

Reconozco lo siguiente: (i) Se me ha informado sobre el propósito, los procedimientos, los posibles beneficios y riesgos del Servicio especificado en el presente y he recibido copia de este Formulario de Autorización y Consentimiento Informado; (ii) la información contenida en este Formulario de Autorización y Consentimiento Informado es exacta y correcta; (iii) un Resultado de testeo positivo para COVID-19 es una indicación de que yo o el Alumno tendremos que autoaislarnos en un esfuerzo por evitar infectar a otros; (iv) los

Resultados del testeo o la información divulgada conforme a esta autorización podrán estar sujetos a una nueva divulgación; (v) tal como sucede con cualquier prueba médica, existe la posibilidad de resultados de testeo falso positivos o falso negativos; (vi) se me ha informado que todo testeo por COVID-19 es voluntario; (vii) NO se crea ninguna relación médico/paciente entre el Alumno o yo mismo(a) y PLLC por la participación en recibir el Servicio especificado en el presente; (viii) PLLC no actúa como proveedor de servicios médicos del Alumno o de mi mismo(a) con respecto al Servicio especificado en el presente y el testeo no reemplaza ningún tratamiento indicado/brindado por el proveedor de servicios médicos; (ix) asumo plena responsabilidad en lo que hace a tomar medidas adecuadas en relación con los Resultados del testeo y me comprometo a hacer los arreglos necesarios para recibir asesoramiento, cuidados y tratamiento para mi mismo(a) o para el Alumno de parte de mi proveedor de servicios médicos o del proveedor de servicios médicos del Alumno en caso de que el test arroje un Resultado positivo para Covid-19 y (x) he recibido una copia de la Notificación de la Política de Privacidad de PLLC en nombre del Alumno y en el mío propio.

En nombre del Alumno y en el mío propio eximo de responsabilidad y mantengo indemne a accionistas, propietarios, socios, miembros, gerentes, ejecutivos, funcionarios, directores, empleados, contratistas independientes, mandantes, mandatarios, subsidiarias, sucesores, afiliados, entidades relacionadas, cesionarios, aseguradores, abogados, administradores, y todo otro representante, tanto de forma individual como colectiva, de cualquier reclamo respecto del Servicio prestado por PLLC, conforme al presente, y de cualquier divulgación o revelación de información relativa al Servicio descrito en este Formulario de Autorización y Consentimiento Informado.

Esta autorización y consentimiento informado constituye una renuncia expresa a cualquier derecho emanado de cualquier regla o norma contraria a la divulgación que de cualquier otro modo pudiera corresponder en virtud de cualquier ley vigente de confidencialidad, u otra disposición de una ley federal, estatal o de otra índole, incluidas, entre otras, la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros de Salud y la Ley de Tecnología de la Información de Salud para la Salud Económica y Clínica y sus reglamentos.

Certifico que tengo 18 años de edad, como mínimo, y que he leído y comprendo completamente el contenido de este Formulario de Autorización y Consentimiento Informado. Certifico además que se me ha dado la oportunidad de formular preguntas y que estas han sido respondidas y que firmo este Formulario de Autorización y Consentimiento Informado de forma voluntaria. Estoy de acuerdo en que una fotocopia o copia electrónica de este Formulario de Autorización y Consentimiento Informado, al aceptarse, revista la misma validez que el original y que PLLC le de una copia a la ESCUELA. Al firmar este documento, reconozco que he tenido suficiente tiempo y oportunidad para considerar totalmente esta autorización y consentimiento y acepto todos los términos y condiciones aquí incluidos.

SE DEBE COMPLETAR UNA SOLA DE LAS SIGUIENTES SECCIONES

Esta Sección debe ser completada si la autorización y el consentimiento informado los da un REPRESENTANTE LEGAL del ALUMNO.	
_____ Nombre del Representante Legal del Alumno (en letra de imprenta)	_____ Firma del Representante Legal del Alumno
_____ Nombre del ALUMNO Legal de	_____ Descripción de la Autoridad para actuar como Representante ALUMNO (por ej.: Tutor legal, apoderado, etc.)
Fecha: _____	
Esta Sección debe ser completada si la autorización y el consentimiento informado los da el ALUMNO (con 18 años de edad como mínimo).	
_____ Nombre del ALUMNO o miembro del personal (letra de imprenta)	_____ Firma del ALUMNO o miembro del personal
Fecha: _____	

