



# Los Angeles County Office of Education

Serving Students ■ Supporting Communities ■ Leading Educators

Debra Duardo, M.S.W., Ed.D.  
Superintendent

## Los Angeles County Board of Education

Betty Forrester  
President

James Cross  
Vice President

Judy Abdo

Yvonne Chan

R. Michael Dutton

Stanley L. Johnson, Jr.

Monte E. Perez

Estimados padres, personas que cuidan a los estudiantes y tutores legales,

Gracias por su continua colaboración durante este inesperado año escolar 2021-2022. LACOE se complace en compartir que, en un esfuerzo por prevenir la propagación de COVID-19, ofreceremos pruebas gratuitas de COVID-19 para todos los estudiantes vacunados y no vacunados en nuestras escuelas.

Al trabajar juntos para hacerles pruebas a los estudiantes, LACOE mantendrá a toda la comunidad escolar más segura. Los casos positivos se identificarán más rápidamente, lo que reducirá cualquier posible propagación de COVID-19 en nuestras escuelas.

Las pruebas de COVID-19 se realizarán semanalmente con un hisopo nasal o una prueba de saliva para los estudiantes participantes. Las escuelas recibirán los resultados en un plazo de 24 a 48 horas.

- Si el resultado de la prueba es negativo, entonces se presume que el estudiante no tiene COVID-19.
- Si el resultado de la prueba es positivo, entonces el estudiante debe aislarse en casa durante 10 días según las directivas del Departamento de Salud Pública del Condado de Los Ángeles.

El propósito de esta carta es obtener su permiso para hacer la prueba a su hijo/a como parte de este programa gratuito de pruebas de COVID-19.

Si no da permiso para hacer la prueba a su hijo(a) en la escuela, su estudiante debe ser examinado por su proveedor de atención médica o en un sitio de pruebas gratuito del Condado de Los Ángeles. Por favor visite el sitio de Exámenes de COVID-19 del Condado de Los Ángeles para ver donde se pueden tomar las pruebas sin costo en su área:

<https://covid19.lacounty.gov/testing/>

**El no proporcionar un resultado negativo en la prueba de COVID 19 resultará en que el estudiante quede excluido de la escuela.**

**La fecha/hora de la prueba semanal se le proporcionará en una comunicación separada.**

LACOE está extremadamente agradecido a nuestro personal y a las familias que continúan mostrando una gran flexibilidad y resiliencia a medida que navegamos este año escolar. Se necesita que todos trabajemos juntos para contener la propagación de este virus. LACOE se complace en agregar pruebas gratuitas de COVID-19 como otra estrategia de mitigación a medida que continuamos trabajando juntos para el regreso seguro de todos los estudiantes y el personal a la escuela. Las pruebas de COVID-19 serán aún más importantes a medida que más estudiantes y personal regresen a la escuela.

Si tiene preguntas sobre el programa de pruebas de COVID-19, comuníquese con Enfermería Breanna Moya ([moya\\_breanna@lacoed.edu](mailto:moya_breanna@lacoed.edu)) en su escuela o con el directora Ginger Paul ([paul\\_ginger@lacoed.edu](mailto:paul_ginger@lacoed.edu)).

Atentamente,

Jason Hasty  
Executive Director, Educational Programs  
Los Angeles County Office of Education

**Formulario de Consentimiento del Estudiante/Padre para tomar las Pruebas Semanales en la Escuela**  
(Laboratorios Valencia o Laboratorios Fulgent PCR/exámenes moleculares)

Al completar y entregar este formulario, confirmo que soy el padre, la madre, el tutor o la persona legalmente autorizada para dar consentimiento y:

- A. Autorizo la colección y el análisis de una prueba semanal combinada de COVID-19 a mi estudiante durante el horario escolar.
- B. Autorizo la colección y el análisis de cualquier prueba individual de diagnóstico que sea necesaria para mi estudiante, incluyendo las pruebas de PCR/exámenes moleculares.
- C. Entiendo que todos los tipos de muestras no serán invasivas, y se usarán hisopos nasales cortos.
- D. Entiendo que yo estoy de acuerdo con el hecho de que la información personal de mi estudiante e identificaciones personales de su registro de educación podrían ser compartidas con el proveedor de tecnología que asistirá con el manejo de los exámenes e identificación individual de resultados que requieran exámenes adicionales.
- E. Entiendo que se me notificará los resultados de cualquier prueba individual de "seguimiento" de diagnóstico de COVID-19 realizada a mi estudiante, incluyendo cualquier prueba de antígeno de COVID-19.
- F. Entiendo que existe la posibilidad de un resultado falso positivo o falso negativo de la prueba COVID-19 en las pruebas individuales. Dado el potencial de un falso negativo, entiendo que mi estudiante debe seguir todas las pautas de seguridad de COVID-19, incluyendo el uso de máscaras y el distanciamiento social, y seguir los protocolos de la escuela para el aislamiento y las pruebas en caso de que el estudiante desarrolle síntomas de COVID-19.
- G. Entiendo que el personal que administra las pruebas, ha recibido el entrenamiento de seguridad y administración de pruebas. Estoy de acuerdo en que ni el administrador de la prueba ni la Oficina de Educación del Condado de Educación de Los Ángeles, ni ninguno de sus fideicomisarios, funcionarios, empleados o patrocinadores de la organización son responsables de ningún accidente o lesiones que puedan ocurrir por la participación en el programa de pruebas de COVID-19.
- H. Entiendo además que mi estudiante puede permanecer en casa si se siente mal. Reconozco que un resultado positivo de la prueba individual es una indicación de que mi estudiante debe quedarse en casa y no ir a la escuela, aislarse y seguir usando una máscara o un protector facial según las indicaciones, en un esfuerzo por evitar contagiar a otras personas.
- I. Entiendo que el sistema escolar no está actuando como proveedor médico de mi estudiante, que esta prueba no reemplaza el tratamiento del proveedor médico de mi estudiante, y asumo la completa y total responsabilidad de tomar las acciones apropiadas con respecto a los resultados de la prueba de mi estudiante. Acepto solicitar asesoramiento, atención y tratamiento médico del proveedor de servicios médicos de mi estudiante si tengo preguntas o preocupaciones, o si su estado empeora. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier cuidado que mi estudiante reciba de su proveedor de salud.
- J. Entiendo que las pruebas y su procedimiento pudieran crear información de salud protegida (PHI) y otra información de identificación personal del estudiante. De conformidad con el artículo 45 CFR 164.524(c)(3), yo autorizo y ordeno al proveedor que proporcione las pruebas a transmitir dicha información a la escuela de mi estudiante, al Departamento de Salud Pública y al laboratorio de pruebas. Entiendo además que la PHI puede ser revelada a la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos y a cualquier otra parte, según lo autorizado por la HIPAA.
- L. Entiendo que autorizar estas pruebas de COVID-19 para mi estudiante es opcional y que puedo negarme a dar esta autorización, en cuyo caso, mi estudiante no será sometido/a a la prueba.
- M. Entiendo que puedo cambiar de opinión y cancelar este permiso en cualquier momento, pero que dicha cancelación es sólo se aplicara a futuras pruebas y no afectará a la información que ya haya permitido que se difunda. Para cancelar este permiso para las pruebas de COVID-19, necesito contactar a la enfermera de escuela.

### Formulario de consentimiento de detección de COVID-19 de LACOE

Entiendo que puedo cambiar de opinión y cancelar este permiso en cualquier momento. Para cancelar este permiso para las pruebas de COVID-19, necesito comunicarme con la enfermera de la escuela y /o el director de la escuela.

Yo, \_\_\_\_\_:

- Doy consentimiento para que mi estudiante participe en la detección gratuita de COVID-19 de LACOE.
- Doy consentimiento para que mi estudiante participe en las pruebas gratuitas de COVID-19 de LACOE.

Nota: Si no da su consentimiento para que su estudiante participe en las pruebas en la escuela, su estudiante debe ser examinado por un proveedor de atención médica o en un sitio de pruebas gratuito del Condado de Los Ángeles. Si no se proporcionan resultados negativos de las pruebas, se excluirá de la escuela.

Al firmar esto, entiendo y estoy de acuerdo en que mi estudiante usará una máscara cuando esté en el interior de la escuela y seguirá todos los protocolos de mitigación de COVID-19 establecidos por LACOE.

Nombre del(los) estudiante(es): \_\_\_\_\_

Grado(s): \_\_\_\_\_

Firma de Padre/Tutor: \_\_\_\_\_

Estudiante(s): \_\_\_\_\_

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_