

# Consent Form for Rapid COVID-19 Antigen Test

Student Name:
Student Birthdate:
School:
Parent/Guardian Name(s):
Home Address:
Phone Number:

Please carefully read the following informed consent:

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

1. I understand that the COVID-19 testing will be conducted through an Abbott Laboratories BinaxNOW antigen test provided by the Washington State Department of Health.
2. I understand that my ability to receive testing is limited to the availability of test supplies.
3. 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 that, as with any medical test, there is the potential for a false positive or false negative COVID-19 test result.
5. 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.
6. 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, which I am responsible for obtaining.
7. 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.
8. 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 test. I understand that if I do not wish to continue with the COVID-19 diagnostic test, I may decline to test.
9. I understand that to ensure public health and safety and to control the spread of COVID-19, my test results may be shared without my individual authorization.
10. I understand that my test results will be disclosed to the appropriate public health authorities as required by law.
11. I understand that I may withdraw my consent to participate in testing at any time.

## AUTHORIZATION/CONSENT TO TEST FOR COVID-19

- I agree to authorize my child to undergo COVID-19 testing.

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature

\_\_\_\_\_  
Date

- I agree to undergo COVID-19 testing.

\_\_\_\_\_  
Student (18 or older) Signature

\_\_\_\_\_  
Date

# Autorización para la prueba rápida de antígenos del COVID-19

Nombre del estudiante:
Fecha de nacimiento del estudiante:
Escuela:
Nombre de los padres/tutores:
Dirección:
Número de teléfono:

**Por favor, lea atentamente el siguiente consentimiento informado:**

**Por favor, lea atentamente este aviso y firme la autorización para la prueba del COVID-19.**

1. Entiendo que la prueba del COVID-19 consistirá en una prueba de antígenos BinaxNOW, de Abbott Laboratories, proporcionada por el Departamento de Salud del Estado de Washington.
2. Entiendo que mi habilidad de hacerme la prueba está limitada por la disponibilidad de los suministros.
3. Entiendo que la entidad que realiza la prueba no actúa como mi proveedor médico. Las pruebas no sustituyen el tratamiento de mi proveedor médico. Asumo la responsabilidad total y completa de tomar las medidas adecuadas con respecto a los resultados de mis pruebas y mis cuidados de salud. Acepto consultar al médico o pedir cuidados o tratamientos por parte de mi proveedor médico u otra entidad de atención médica si tengo preguntas o preocupaciones, si tengo síntomas del COVID-19 o si mi estado de salud empeora.
4. Entiendo que, al igual que con cualquier prueba médica, la prueba del COVID-19 puede dar un resultado falso positivo o falso negativo.
5. Entiendo que es mi responsabilidad informar a mi proveedor médico de un resultado positivo de la prueba, y que nadie enviará una copia del resultado a mi proveedor médico en mi nombre.
6. Entiendo que el resultado de mi prueba de antígenos estará listo en 15-30 minutos. Si el resultado es positivo, se tendrá que confirmar con una prueba PCR, y yo seré responsable de obtenerla.
7. Entiendo y reconozco que un resultado positivo de la prueba de antígenos es una indicación de que debo aislarme para evitar infectar a los demás, hasta que obtenga un resultado negativo con una prueba PCR.
8. Me han informado de la finalidad de la prueba, los procedimientos y los posibles riesgos y beneficios. Tendré la oportunidad de hacer preguntas antes de la administración de la prueba del COVID-19. Entiendo que si no deseo continuar con la prueba de diagnóstico del COVID-19, puedo negarme a hacerme la prueba.
9. Entiendo que para garantizar la salud y la seguridad públicas y para controlar la propagación del COVID-19, los resultados de mis pruebas pueden ser compartidos sin mi autorización personal.
10. Entiendo que los resultados de mis pruebas serán revelados a las autoridades de salud pública pertinentes, tal como lo exige la ley.
11. Entiendo que puedo retirar mi consentimiento a las pruebas en cualquier momento.

## **AUTORIZACIÓN/CONSENTIMIENTO PARA LA PRUEBA DEL COVID-19**

Autorizo a mi hijo/a a hacerse la prueba del COVID-19.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

Acepto hacerme la prueba del COVID-19.

\_\_\_\_\_  
Firma del estudiante (si es mayor de 18 años)

\_\_\_\_\_  
Fecha