

Consentimiento Voluntario para Recibir Pruebas de COVID-19 y Renuncia y Liberación de Responsabilidad y Acuerdo de Mantener Indemne

Personas diagnosticadas con COVID-19 han reportado varios síntomas que van desde síntomas leves hasta enfermedades graves. Adultos de mayor edad y personas que tienen condiciones de salud severas como enfermedades del corazón, de los pulmones, o Diabetes, parecen tener el mayor riesgo de contraer complicaciones severas debido al virus del COVID-19. Síntomas pueden aparecer entre 2-14 días después de haber sido expuesto al virus. Personas con estos síntomas pueden tener el COVID-19; fiebre o escalofríos, tos, dificultad para respirar, fatiga, dolor en los músculos o en el cuerpo, dolor de cabeza, pérdida del sabor o del olfato, dolor de garganta, congestión o secreción nasal, náusea o vómitos, y diarrea. Estos son solo algunos de los síntomas relacionados con el COVID-19. Si usted tiene uno o más de estos síntomas, o algún otro sintoma no presentado, y cree o está preocupado de que haya una posibilidad de haber contraído el COVID-19, o a tenido contacto cercano (entre 6 pies por un tiempo total de 15 minutos o más) con alguien que tiene COVID-19, o a tomada parte de actividades que lo exponen y arriesgan a contraer el virus por no poder guardar distancia, como viajar, atender grupos sociales o reuniones muy grandes, o estar en lugares interiores atestadas, o si a sido referido para agarrar una prueba por un proveedor de la salud, o un departamento de salud local o del estado, usted puede decidir hacerse la prueba de COVID-19. Si se hace la prueba, permanezca en cuarentena/aislado en casa mientras espera sus resultados y siga los consejos de su proveedor de la salud o un profesional médico. Si su examen salió positivo, sepa qué pasos seguir para prevenir que otros se enfermen, como los siguientes.

- **Permanezca en casa.** Muchas personas con COVID-19 tienen síntomas leves y se pueden recuperar en casa sin algún cuidado médico. No salga de su casa, al menos de que sea para recibir atención médica. No visite lugares públicos.
- **Cuidese.** Descanse y manténgase hidratado. Tome medicamentos de venta libre, como el Acetaminofén, para sentirse mejor.
- **Manténgase en comunicación con su Doctor.** Llame antes de recibir cuidado médico. Asegúrese de recibir cuidado médico si presenta síntomas graves como dificultad al respirar, o algún otro síntoma que usted piense sea una emergencia.
- **Evite la transportación pública,** viajes compartidos, o taxis.
- **Evite** el contacto con otras personas.
- **Manténgase en una habitación específica** y lejos de otras personas y mascotas en su hogar. Si es posible, use un baño separado. Si necesita estar alrededor de otras personas o mascotas tanto adentro como afuera de su hogar, use una mascarilla.
- **Informarle** a sus contactos cercanos que podrían haber sido expuestos al COVID-19. Una persona infectada puede propagar el COVID-19 empezando 48 horas (o 2 días) antes que la persona demuestre algún síntoma o salga positivo. Con informarles a sus contactos, está ayudando a proteger a todos. Orientación adicional está disponible para aquellos viviendo en aproximación cercana o en viviendas compartidas.
- **Si usted es diagnosticado** con COVID-19, es posible que alguien del departamento de la salud pueda contactarlo. Conteste la llamada para ralentizar la propagación.
- **Si su prueba sale negativa,** es probable que usted no haya estado infectado cuando tomaron su prueba. Este resultado solo significa que usted no tenía COVID-19 cuando tomaron la prueba. Continúe tomando pasos para protegerse.

1. He leído lo anterior, y entiendo los síntomas potenciales contraídos con el COVID-19, y la necesidad de tomar acción apropiada y hacerse un prueba si demuestro alguno de los síntomas indicados arriba, o algun otro sintoma que yo creo puede ser relacionado al COVID-19, y algunos de estos pueden ser peligrosos y podrían exponerme y arriesgarme a lesiones corporales, enfermedad, discapacidad, pérdida económica y/o emocional, o hasta la muerte. Entiendo que estos posibles riesgos pueden incluir otros riesgos no conocidos a este momento o no son previsible. Con haber leído y considerado lo de arriba, a sabiendas y voluntariamente asumo todo posible riesgo, tanto conocido como no conocido, incluso si se deriva de la negligencia de liberaciones, y asumo responsabilidad completa para mi participación en recibir una prueba para el COVID-19.
2. Con firmar esta forma, doy mi permiso para que yo o mi hijo/a sea probado para el COVID-19 y entiendo los riesgos y beneficios de recibir la prueba para el COVID-19 y doy mi consentimiento a PREDICINE Inc. para que reciba los resultados de mi prueba del COVID-19.
3. En consideración por recibir la prueba de COVID-19, yo libero, renunció, descargo, mantengo inofensivo, y pacto de no demandar a los oficiales, empleados, y voluntarios (Liberaciones) de PREDICINE Inc. de toda reclamación, responsabilidad, demandas, acciones y causas de acción alguna que surjan de o relacionado a cualquier pérdida, daño, lesión, o enfermedad causada por o relacionada con recibir la prueba de COVID-19, que puede ser sostenida por mi persona o por un familiar o por cualquier persona que pueda contraer COVID-19 de un infrascrito o un individual o de la propiedad que pertenece a PREDICINE Inc. si es causada por la negligencia de los lanzamientos o de otra manera, sea conectado o se presente fuera de recibir la prueba de COVID-19.
4. El infrascrito hace por el/ella, sus herederos, ejecutores, administradores, y sesiona por la presente libera, renunciar a la descarga y renunciar a reclamaciones o acciones o causas de acción, antedicho que puedo en lo sucesivo surgir para su propiedad y acepta que bajo ninguna circunstancia el/ella, sus herederos, ejecutores, administradores y sesiona procesar, presentar cualquier reclamación para lesión personal, lesión corporal, daño a propiedad, o muerte por negligencia contra PREDICINE Inc., o cualquiera de sus oficiales, agentes, criados, voluntarios, y empleados por dichas causas de acción.
5. YO ENTIENDO QUE PREDICINE NO SERÁ RESPONSABLE POR NINGÚN GASTO MÉDICO O DAÑO ASOCIADO CON CUALQUIER LESIÓN O ENFERMEDAD RESULTANDO DE CUALQUIER MANERA DE LA PRUEBA DE COVID-19.
6. Indicando mi consentimiento a continuación, yo autorizo a PREDICINE Inc. a revelar la información protegida de salud de mi hijo/a descrito a continuación a las personas o entidades identificadas en esta forma.

Yo autorizo el compartimiento de la siguiente información protegida de salud:

- Mi nombre o el el nombre de mi hijo/a; y

- El resultado mio o de mi hijo/a de COVID-19 (examen de coronavirus)

Esta información puede ser compartida con:

- El Distrito Unificado Escolar de West Contra Costa
- Yo, como representante legal personal de mi hijo/a

Esta información sera usada para:

- Abordar la salud y la seguridad de nuestros estudiantes a través de la vigilancia médica de casos de COVID-19 en nuestras escuelas.

Yo también entiendo y acepto lo siguiente:

- Cualquier información usada o compartida con esta autorización ya no será protegida por leyes de privacidad y puede ser sujeto a re-divulgación por la persona o organización que la recibe.

7. En firmar esta versión, reconozco y representó que yo e leído el consentimiento voluntario para recibir una prueba de COVID-19 y la Renuncia y Liberacion de Acuerdo de Responsabilidad y Exención de Responsabilidad, lo entiendo y voluntariamente firmó por mi propia voluntad; no representación oral, estado, o aliciente, aparte de este acuerdo han sido hechas; tengo por lo menos 18 años de edad y plenamente competente o si tengo menos de los 18 años de edad, mi padre/tutor da su consentimiento; No tengo ninguna pregunta debida a la intención de este acuerdo, pero soy y e sido avisado que yo o mi Padre/tutor puede buscar un asesor legal o consultar con otros. Yo Ejecuto este acuerdo consideración completa y adecuada con la intención plena de obligarse por el mismo y entender las consecuencias legales de firmar este acuerdo.

Nombre

Fecha

Firma

Nombre de Hijo/a

Nombre de Padre/Tutor

Firma de Padre/Tutor

Fecha