



## **PARENT CONSENT FOR COVID-19 DIAGNOSTIC TESTING/SHIELD CU SALIVA TESTING**

Consent for COVID-19 Diagnostic Testing/SHIELD CU Saliva Testing:

I, \_\_\_\_\_ (legal name) hereby consent to COVID-19 diagnostic testing/saliva testing of my child including the collection, testing, and analysis, of a sample specimen(s) by Rantoul City Schools #137 (the "District"), or an appropriate representative(s) of the District. I acknowledge and understand that this testing of my child will require the collection of a sample specimen(s) which may be obtained by nasal or oral swab, saliva, or other recommended collection procedures from trained personnel. I understand that there are risks--including, but not limited to, the potential for false positive or false negative test results--and benefits--including, but not limited to, helping to maintain a safe school environment--associated with my child undergoing a diagnostic test for COVID-19. I assume full responsibility for taking appropriate action with regards to my child's test results. Should I have questions or concerns regarding my child's results, confirmation of the test results, or a worsening of my child's condition, I shall promptly seek advice and treatment from an appropriate healthcare provider.

Terms and Conditions:

- a. **Notice of Student Privacy Rights and Practices:** All results obtained through the District's testing protocol shall be used, for COVID-19 mitigation, tracking, and other purposes, which may include surveys and data collection, by the Illinois State Board of Education. All such results shall be retained in a confidential manner consistent with applicable State and Federal law and regulation.
- b. **Attestation:** I attest that I have authority to execute this form providing consent for my child to participate in this COVID-19 diagnostic testing/SHIELD saliva testing protocol.
- c. **Voluntary Participation:** I understand that my child's participation in this COVID-19 diagnostic testing protocol is voluntary. I understand that my child may continue to attend school if I do not consent to their participation in this testing protocol or withdraw my consent, except for any required school exclusion due to an isolation/quarantine period consistent with local public health department, IDPH or CDC guidance.
- d. **Disclosure of Test Results and Associated Information:** I acknowledge that the District may disclose my child's COVID-19 test results and mine/my child's associated information to appropriate representatives of the District and/or appropriate Federal, State, county, or other governmental and regulatory entities as may be permitted by law. Due to the ongoing public health crisis, this may include sharing my/my child's test results and associated information with public health authorities. I understand that the District will also provide me with information on my child's test results. I understand that the District will notify me of my test results via phone, email or text 15-30 minutes following the completion of my test or within 24 hours for SHIELD saliva testing.
- e. **Release:** As consideration for this testing, I hereby, for myself, and for my heirs, executors, administrators and assigns, waive, release and forever discharge the District, its Board members individually, administrators, officers, employees, volunteers, agents and representatives from any and all manner of action and actions, cause and causes of action, suits, debts, accounts, damages, claims and demands whatsoever in law, or in equity, which I may now have or may acquire, by reason of personal injury or death or loss of or damage to personal property or any other reasons, which may be

related in any way to the COVID-19 testing provided by the District which may accrue on account of my child's participation. I acknowledge and agree that I have read, understand, and agreed to the statements contained within this form. I have been informed about the purpose of the COVID-19 test being used, the procedures to be performed, the potential risks and benefits, and any associated costs. I have been provided an opportunity to ask questions before providing my consent to COVID-19 testing and I understand that I may withdraw my consent to COVID-19 testing at any time. I have read the contents of this form in its entirety and I voluntarily consent to testing for COVID-19.

- f. **Indemnification:** I hereby agree to indemnify, defend, and hold harmless the District, its Board members individually, administrators, officers, employees, volunteers and agents from any and all claims of responsibility or liability for personal injury, property damage, or loss which may arise from or is in any way connected with the COVID-19 testing provided by the District on account of my child's participation.
- g. **Effect of Consent:** By signing below, I am indicating that I voluntarily consent to and authorize the diagnostic testing/SHIELD saliva testing described above for the detection of COVID-19. This consent is ongoing for the duration of the District's implementation of a diagnostic testing protocol and I acknowledge that it may be revoked at any time in writing.

The tests used by the District have been approved for diagnostic use through Emergency Use Authorization by the Food and Drug Administration ("FDA"). However, a rapid test alone may not be sufficient to detect or rule out the possibility that an individual has been exposed to or is infected with COVID-19. Individuals who receive a test should carefully monitor their own symptoms.

By signing below, you are indicating that you voluntarily consent to the testing procedures associated with the detection of COVID-19. Because of the ongoing public health crisis, the District is required to share the results of the test with public health authorities. By signing below, you also consent to the disclosure of such information as requested, recommended or required by federal, state, and local public health authorities. Again, we are required to collect the information below and will only share this information with the required public health officials.

- Yes**, I give consent for my child to participate in this COVID-19 diagnostic testing/SHIELD saliva testing.
- No**, I do not give consent for my child to participate in this COVID-19 diagnostic testing/SHIELD saliva testing.

Student Name: \_\_\_\_\_

Student Birthdate: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Parent Name **Printed**

\_\_\_\_\_  
Parent Name **Signature**

**CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA PRUEBAS DIAGNÓSTICAS DE COVID-19 / PRUEBAS DE SALIVA SHIELD CU**

Consentimiento para pruebas de diagnóstico COVID-19 / pruebas de saliva SHIELD CU:

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre legal) por la presente doy mi consentimiento para las pruebas de diagnóstico de COVID-19 / pruebas de saliva de mi hijo, incluida la recolección, prueba y análisis de una muestra (s) por parte de las escuelas de la ciudad de Rantoul #137 (el "Distrito"), o un representante (s) apropiado (s) de Distrito. Reconozco y entiendo que esta prueba de mi hijo requerirá la recolección de una muestra (s) que se puede obtener por hisopado nasal u oral, saliva u otros procedimientos de recolección recomendados por el personal capacitado. Entiendo que existen riesgos, que incluyen, entre otros, la posibilidad de obtener resultados falsos positivos o falsos negativos en las pruebas, y beneficios, que incluyen, entre otros, ayudar a mantener un entorno escolar seguro, asociado con mi hijo que se somete a una prueba de diagnóstico para el COVID- 19. Asumo toda la responsabilidad de tomar las medidas adecuadas con respecto a los resultados de la prueba de mi hijo, confirmación de los resultados, o un empeoramiento de la condición de mi hijo, buscaré de inmediato el consejo y tratamiento de un proveedor de atención médica adecuada.

Términos y Condiciones:

- a. Aviso de los derechos y prácticas de privacidad de los estudiantes: Todos los resultados obtenidos a través del protocolo de prueba del Distrito se utilizarán para mitigar el COVID- 19, realizar un seguimiento y otros fines, que pueden incluir encuestas y recopilación de datos, por parte de la Junta de Educación del Estado de Illinois. Todos estos resultados se conservarán de manera confidencial de acuerdo con las leyes y reglamentaciones estatales y federales aplicables.
- b. Certificación: Doy fe de que tengo la autoridad para ejecutar este formulario dando mi consentimiento para que mi hijo participe en esta prueba de diagnóstico COVID-19/ protocolo de la prueba de saliva SHIELD.
- c. Participación Voluntaria: Entiendo que la participación de mi hijo en este protocolo de prueba de diagnóstico COVID-19 es voluntaria. Entiendo que mi hijo puede continuar asistiendo a la escuela si no doy mi consentimiento para su participación en este protocolo de prueba o si retiro mi consentimiento, excepto por cualquier exclusión escolar requerida debido a un periodo de aislamiento / cuarentena consiste con el departamento de salud pública local, IDPH o guía del CDC.
- d. Divulgación de los resultados de las pruebas y la información asociada: Reconozco que el Distrito Puede divulgar los resultados de la prueba COVID-19 de mi hijo y la información mía / asociada de mi hijo a los representantes apropiados del Distrito y / o federales, estatales, del condado u otros organismos gubernamentales y entidades regulatorias correspondientes según lo permita la ley. Debido a la crisis de salud pública en curso, esto puede incluir compartir los resultados de mi prueba o la de mi hijo y la información asociada con las autoridades de salud pública. Entiendo que el Distrito me proporcionará información sobre los resultados de las pruebas de mi hijo. Entiendo que el Distrito me notificará los resultados de mi prueba por teléfono, correo electrónico o mensaje de texto 15 o 30 minutos después de la finalización de mi prueba o dentro de 24 horas para la prueba de saliva SHIELD.
- e. Liberación: En consideración con esta prueba, por la presente, por mi y mis herederos, ejecutores, administradores y asignados, libero al Distrito, sus miembros por individual, administradores, oficiales, empleados, voluntarios, agentes y representantes de cualquier tipo de acción o acciones, causa o causas de la acción y demandas u lo que conlleva en la ley o en equidad, que yo pueda tener ahora o adquirir, por razón de lesión personal, muerte, pérdida, daño a la propiedad personal o cualquier otra razón, que pueda estar relacionada de cualquier manera a la prueba de COVID-19 provista por el Distrito que pueda acercar con la cuenta de la participación de mi hijo. Yo conozco y concuerdo que he

leído, entendido y estoy de acuerdo con lo establecido en este formulario. Yo fui informado acerca del propósito del uso de la prueba del COVID-19, los procesos a llevar a cabo, los riesgos y beneficios, y cualquier costo asociado. Yo tuve la oportunidad de realizar preguntas antes de proveer mi consentimiento para la prueba del COVID-19 y entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento. He leído el contenido de este formulario y voluntariamente doy consentimiento para las pruebas del COVID-19.

- f. **Indemnización:** Por la presente estoy de acuerdo con indemnizar, defender y retener los indefensos del Distrito, sus miembros por individual, administradores, oficiales, voluntarios y agentes de cualquier reclamo de responsabilidad o tendencia de una lesión personal, daño de propiedad, o pérdida que pueda surgir de o esté conectada con la prueba del COVID-19 provista por el Distrito en cuenta de la participación de mi hijo.
- g. **Efecto de consentimiento:** Con mi firma brindada, estoy indicando que voluntariamente concedo y autorizo la prueba de diagnóstico/ la prueba de saliva SHIELD descrita anteriormente por la detección del COVID-19. Este consentimiento está en marcha con la implementación del protocolo de prueba de diagnóstico del Distrito y tengo conocimiento de que puede ser revocado en cualquier momento por escrito.

Las pruebas utilizadas por el Distrito han sido aprobadas para el uso de diagnóstico a través de la Autorización de Uso de Emergencias por la Administración de Drogas y Comidas ("FDA"). No obstante, una prueba rápida puede no ser suficiente para detectar o eliminar la posibilidad de que un individuo haya sido expuesto o infectado con COVID-19. Los individuos que reciben la prueba deben monitorear cuidadosamente sus propios síntomas.

Por la firma dada, está indicando su consentimiento voluntario a los procesos asociados a la detección del COVID-19. Debido a la crisis de salud pública que se enfrenta, el Distrito requiere compartir los resultados de esta prueba con las autoridades de salud pública. Por la firma dada, también consiente a la divulgación de dicha información solicitada, recomendada o requerida por las autoridades federales, estatales y locales de salud pública. De nuevo, se nos solicita recoger la información solicitada a continuación y solo se compartirá esta información con los oficiales de salud pública requeridos.

- Sí**, doy mi consentimiento a que mi hijo participe en estas pruebas de diagnóstico del COVID-19/pruebas de saliva SHIELD.
- No**, no doy mi consentimiento a que mi hijo participe en estas pruebas de diagnóstico del COVID-19/pruebas de saliva SHIELD.

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Estudiante: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre, madre o encargado (**Letra Molde**) \_\_\_\_\_ Firma del padre, madre o encargado (**Firma**)