

SPECIAL EDUCATION DISTRICT OF LAKE COUNTY

18160 W. Gages Lake Road, Gages Lake, Illinois 60030-1819

847-548-8471 Fax 847-548-8472 VP 224-207-8476

www.sedol.us



SEDOL STUDENT CONSENT FORM FOR OPTIONAL COVID-19 TESTING

The Special Education District of Lake County takes the health and safety of our students and their families very seriously. As such, in addition to steps to screen for the virus and prevent its spread on a campus, we are adding a voluntary COVID-19 testing program for students. This program uses Abbott Laboratories BinaxNOW tests provided by the federal government. We will only test with your consent. If you are willing to provide consent for us to administer this test on your child, please fill out this form.

What is the test?

If your child becomes symptomatic at school and you consent, your child will receive a free BinaxNOW rapid test for the COVID-19 virus. The nurse performing the test will call you before collecting the sample to verify your consent and to request you pick up your sick/symptomatic child. Collecting a specimen for testing involves using a swab, similar to a Q-Tip, placed inside the nose. A nursing staff member who has been trained to use this test will collect the specimen and a trained COVID-19 test administrator will oversee the process. Test results will be made available as soon as possible to the parent/guardian who signs this form below. This program is **entirely optional** for students, although we hope you choose to have the test to keep our schools as healthy & safe as possible. The tests are being offered in addition to existing safety protocols such as mask-wearing, social distancing, and frequent disinfection of surfaces.

What should I do when I receive my child's test results?

If your child receives a positive BinaxNOW test result, the school nurse will notify you by phone and email or written notification. The nurse will provide you with the current recommendations from the IDPH. Your child must be kept home from school consistent with the Illinois Department of Public Health and Lake County Health Department's guidelines. In a small number of cases, tests sometimes produce incorrect results – showing negative results (called “false negatives”) in people who have COVID-19 or showing positive results (called “false positives”) in people who don't have COVID-19. If your child tests negative but has symptoms of COVID-19, or if you have concerns about your child's exposure to COVID-19, you should call your child's doctor, a licensed medical authority, or your local health department. Your child should remain home until symptoms improve and at least 10 days from the date symptoms appear per IDPH guidance.

Known Symptoms:

People with COVID-19 have had a wide range of symptoms reported – ranging from mild symptoms to severe illness. Symptoms may appear **2-14 days after exposure to the virus**. People with these symptoms may have COVID-19:

- Feeling feverish or a measured temperature greater than or equal to 100.4 degrees Fahrenheit
- Loss of taste or smell
- Shortness of breath
- Chills
- Shaking or exaggerated shivering
- Nausea or vomiting
- Cough
- Fatigue
- Sore throat
- Significant muscle pain or ache
- Difficulty breathing
- Headache
- Congestion or runny nose
- Diarrhea

This list does not include all possible symptoms

TO BE COMPLETE BY PARENT OR GUARDIAN

Parent/Guardian Information

The information collected below is required by the Illinois Department of Public Health. You will be notified with test results via cell phone and a follow up email.

Parent/Guardian Printed Name:

Parent/Guardian Cell/Mobile #:

Parent/Guardian Email Address:

Note: results will be emailed to this address.

Child/Student Information

Child/Student Printed Name:

School ID#:

Driver's License #:
(if applicable)

Street Address:

County:

City:

State:

Zip Code:

School:

Grade Level:

Date of Birth: *(MM/DD/YYYY)*

Age:

Race/Ethnicity:

- Asian Black Hispanic White
 Native American/Indigenous Unknown

Gender:

- Male Female
 Other/Unknown

CONSENT

By signing below, I attest that:

- A. I authorize the school system to conduct collection and testing of my child for COVID-19 by nasal swab.
- B. I have consulted with my child’s physician regarding the BinaxNOW test and the physician has indicated the BinaxNOW test is not contraindicated for my child.
- C. I understand the nurse retains the discretion not to administer the test to my child if, in his/her professional judgment, my child’s behaviors or medical needs make the test inappropriate.
- D. I acknowledge that a positive test result is an indication that my child, must self-isolate and also continue wearing a mask or face covering as directed in an effort to avoid infecting others and agree my child will quarantine consistent with the current Illinois Department of Public Health and Lake County Health Department guidelines.
- E. I understand the school system is not acting as my child’s medical provider, this testing does not replace treatment by my child’s medical provider, and I assume complete and full responsibility to take appropriate action with regards to my child’s test results. I agree I will seek medical advice, care and treatment for my child from my child’s medical provider if I have questions or concerns, or if my child’s condition worsens.
- F. I understand that, as with any medical test, there is the potential for a false positive or false negative COVID-19 test result.

RELEASE OF INFORMATION

By signing below, I understand that testing will be completed and interpreted by SEDOL nursing staff. Testing results will be available to any employees of SEDOL with a legitimate educational interest, consistent with the *Illinois School Student Records Act*. Additionally, SEDOL will share the following delineated information to the parties described below in the manner described below.

- SEDOL will share positive and negative test results, and the information outlined in the Parent/Guardian and Student/Child Information sections above (e.g., name, address, home number, date of birth), with the Illinois Department of Public Health via electronic transmission of information using the Red Cap online reporting site. The purpose of this disclosure is to facilitate contact tracing and tracking of test usage.
- SEDOL will share positive results, and the information outlined in the Parent/Guardian and Student/Child Information sections above (e.g., name, address, home number, date of birth), with the Lake County Health Department via facsimile transmission. The purpose of this disclosure is to facilitate contact tracing and to assist the local health department in monitoring community transmission metrics.

All positive and negative test results will also be shared with the student’s parent/guardian for the purpose of seeking additional medical treatment.

WAIVER OF LIABILITY

In consideration of being able to participate in the BinaxNOW testing program at no cost, I on behalf of myself and my child, and my agents, representatives, assigns, heirs, and successors hereby waive, release, indemnify, hold harmless, and covenant not to sue SEDOL, and its Governing Boards, individual Board members, employees, agents, representatives, volunteers, insurers, and each and every one of them, from and against any and all claims, demands, suits, liabilities, and causes of action, whether known or unknown, past, present, or future, including, but not limited to, any and all costs, expenses, attorneys’ fees, by reason of injury, illness, allergic reaction, property damage, loss, or death, arising out of, in connection with, or in any manner related to my participation in the BinaxNOW Testing Program, including any false test results, and any resulting medical advice, course of treatment, or diagnosis, or the District’s sharing of my test results.

SIGNATURE

As parent/guardian, I consent to SEDOL completing the BinaxNOW test on my child. I further authorize SEDOL to share the results of the BinaxNOW test with the Lake County Health Department, the Illinois Department of Public Health, and SEDOL employees with a legitimate educational interest in receiving such information. The sharing of information related to my child will be carried out in the manner described above and as otherwise required by law or guidance. This consent and authorization is effective upon my signature and will be valid through June 30, 2021, unless revoked. This consent can be revoked at any time by providing notice to Susan Kruckman, skruckman@sedol.us.

Signature of Parent/Guardian:		Date:	

FOR SEDOL USE ONLY:

Date Tested:		Building/Program:		Results:	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> N
Test performed by:		Results given to parent by phone:	Date:	Email Sent:	Date:

SPECIAL EDUCATION DISTRICT OF LAKE COUNTY

18160 W. Gages Lake Road, Gages Lake, Illinois 60030-1819

847-548-8471 Fax 847-548-8472 224-207-8476 VP

www.sedol.us



FORMA DE CONSENTIMIENTO DEL ESTUDIANTES DE SEDOL PARA PRUEBAS DE COVID- 19 OPCIONAL

Special Education District of Lake County toma muy en serio la salud y seguridad de nuestros estudiantes y sus familias. Como tal, además de los pasos para detectar el virus y prevenir su propagación en un campus, estamos agregando un programa voluntario de pruebas COVID-19 para los estudiantes. Este programa utiliza las pruebas BinaxNOW de Abbott Laboratories proporcionadas por el gobierno federal. Solo probaremos con su consentimiento. Si está dispuesto a dar su consentimiento para que le administremos esta prueba a su hijo(a), complete este formulario.

¿Qué es la prueba?

Si su hijo(a) presenta síntomas en la escuela y usted da su consentimiento, su hijo(a) recibirá una prueba rápida BinaxNOW gratuita para el virus COVID-19. La enfermera que realiza la prueba lo llamará antes de recolectar la muestra para verificar su consentimiento y solicitarle que recoja a su hijo(a) enfermo / sintomático. La recolección de una muestra para la prueba implica el uso de un hisopo, colocado dentro de la nariz. Un miembro del personal de enfermería que haya sido capacitado para usar esta prueba recolectará la muestra y un administrador de la prueba COVID-19 capacitado supervisará el proceso. Los resultados de las pruebas estarán disponibles tan pronto como sea posible para el padre / tutor que firme este formulario a continuación. Este programa es **completamente opcional** para los estudiantes, aunque esperamos que elija hacerse el examen para mantener nuestras escuelas lo más saludables y seguras posible. Las pruebas se ofrecen adicionalmente a los protocolos de seguridad existentes, como el uso de máscaras, el distanciamiento social y la desinfección frecuente de superficies.

¿Qué debo hacer cuando reciba los resultados de la prueba de mi hijo(a)?

Si su hijo(a) recibe un resultado positivo en la prueba BinaxNOW, la enfermera de la escuela le notificará por teléfono y correo electrónico o por escrito. La enfermera le proporcionará las recomendaciones actuales del IDPH. Su hijo(a) debe permanecer en casa y no ir a la escuela de acuerdo con las pautas del Departamento de Salud Pública de Illinois y del Departamento de Salud del Condado de Lake. En una pequeña cantidad de casos, las pruebas a veces producen resultados incorrectos, mostrando resultados negativos (llamados "falsos negativos") en personas que tienen COVID-19 o mostrando resultados positivos (llamados "falsos positivos") en personas que no tienen COVID-19. Si el resultado de su hijo(a) es negativo pero tiene síntomas de COVID-19, o si le preocupa la exposición de su hijo(a) al COVID-19, debe llamar al médico de su hijo(a), a una autoridad médica autorizada o al departamento de salud local. Su hijo(a) debe permanecer en casa hasta que los síntomas mejoren y al menos 10 días a partir de la fecha en que aparecen los síntomas según las pautas del IDPH.

Síntomas Conocidos:

Las personas con COVID-19 han informado de una amplia gama de síntomas, que van desde síntomas leves hasta enfermedades graves. Los síntomas pueden aparecer de **2 a 14 días después de la exposición al virus**. Las personas con estos síntomas pueden tener COVID-19:

- Sentirse afiebrado o una temperatura medida mayor o igual a 100.4 grados Fahrenheit
- Pérdida del gusto o del olfato
- Falta de aliento
- Escalofríos
- Temblores o escalofríos exagerados
- Náuseas o vómitos
- Tos
- Fatiga
- Dolor de garganta
- Dolor o molestia muscular significativas
- Dificultad para respirar
- Dolor de cabeza
- Congestión o mucosidad
- Diarrea

Esta lista no incluye todos los síntomas posibles

PARA SER COMPLETADA POR EL PADRE O TUTOR

Información del Padre / Tutor

La información recopilada a continuación es requerida por el Departamento de Salud Pública de Illinois. Se le notificará con los resultados de la prueba por teléfono celular y un correo electrónico de seguimiento.

Nombre en Letra de Molde de Padre/Tutor	
Celular /Teléfono Móvil de Padre/Tutor	
Dirección de Correo Electrónico de Padre/Tutor: <i>Nota: los resultados se enviarán por correo electrónico a esta dirección.</i>	

Información del Niño(a)/ Estudiante

Nombre en Letra de Molde de Niño(a) / Estudiante			
Núm. de identificación de la Escuela:		Número de Licencia de Conducir: (si corresponde)	
Dirección:		Condado:	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Escuela:		Nivel de Grado:	
Fecha de Nacimiento: (MM / DD / AAAA)		Edad:	
Raza/Origen Etnico:	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo Americano / Indígena <input type="checkbox"/> desconocido	Género	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro / Desconocido

CONSENTIMIENTO

Al firmar a continuación, certifico que:

- A. Autorizo al sistema escolar a realizar la recolección y las pruebas de mi hijo(a) para COVID-19 por hisopado nasal.
- B. He consultado con el médico de mi hijo(a) con respecto a la prueba BinaxNOW y el médico ha indicado que la prueba BinaxNOW no está contraindicada para mi hijo(a).
- C. Entiendo que la enfermera se reserva la facultad de no administrar la prueba a mi hijo(a) si, a su juicio profesional, el comportamiento o las necesidades médicas de mi hijo(a) hacen que la prueba sea inapropiada.
- D. Reconozco que un resultado positivo de la prueba es una indicación de que mi hijo(a) debe aislarse por sí mismo y también continuar usando una máscara o cubrirse la cara como se indica en un esfuerzo por evitar infectar a otros y acepto que mi hijo(a) se pondrá en cuarentena de acuerdo con las pautas actuales el Departamento de Salud Pública de Illinois y del Departamento de Salud del Condado de Lake.
- E. Entiendo que el sistema escolar no actúa como el proveedor médico de mi hijo(a), esta prueba no reemplaza el tratamiento del proveedor médico de mi hijo(s) y asumo la responsabilidad total y completa de tomar las medidas adecuadas con respecto a los resultados de la prueba de mi hijo(a). Acepto que buscaré asesoramiento médico, atención y tratamiento para mi hijo(a) del proveedor médico de mi hijo(a) si tengo preguntas o preocupaciones, o si la condición de mi hijo(a) empeora.
- F. Entiendo que, como con cualquier prueba médica, existe la posibilidad de un resultado falso positivo o falso negativo de la prueba COVID-19.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Al firmar a continuación, entiendo que el personal de enfermería de SEDOL completará y interpretará las pruebas. Los resultados de las pruebas estarán disponibles para cualquier empleado de SEDOL con un interés educativo legítimo, consistente con la *Ley de Registros Escolares de Estudiantes de Illinois*. Además, SEDOL compartirá la siguiente información delineada con las partes que se describen a continuación de la manera que se describe a continuación.

- SEDOL compartirá los resultados positivos y negativos de las pruebas, y la información descrita en las secciones de Información para Padres/Tutores y Información del Niño(a)/Estudiante anteriores (por ejemplo, nombre, dirección, número de casa, fecha de nacimiento), con el Departamento de Salud Pública de Illinois a través de transmisión electrónica de información utilizando el sitio de informes en línea Red Cap. El propósito de esta divulgación es facilitar el rastreo de contactos y el rastreo del uso de la prueba.
- SEDOL compartirá los resultados positivos y la información descrita en las secciones de Información para Padres /Tutores y Información del Niño(a)/Estudiante anteriores (por ejemplo, nombre, dirección, número de casa, fecha de nacimiento, con el Departamento de Salud del Condado de Lake a través de transmisión por fax. La divulgación es para facilitar el rastreo de contactos y ayudar al departamento de salud local a monitorear las métricas de transmisión de la comunidad.

Todos los resultados positivos y negativos de las pruebas también se compartirán con el padre / tutor del estudiante con el propósito de buscar tratamiento médico adicional.

RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD

En consideración de poder participar en el programa de pruebas BinaxNOW sin costo, yo, en mi nombre y en el de mi hijo(a), y mis agentes, representantes, cesionarios, herederos y sucesores, por la presente renuncio, libero, indemnizo, eximo de responsabilidad y pacto no demandar a SEDOL, y su Consejos Directivos, miembros individuales del Consejo, empleados, agentes, representantes, voluntarios, aseguradoras, y todos y cada uno de ellos, desde y contra una y todos los reclamos, demandas, pleitos, responsabilidades y causas de acción, ya sean conocidas o desconocidas, pasadas, presentes o futuras, incluidos, pero no limitado a, todos y cada uno de los costos, gastos, honorarios de abogados, por motivo de lesión, enfermedad, reacción alérgica, daño a la propiedad, pérdida o muerte, que surja de, en conexión con, o de cualquier manera relacionada con mi participación en el Programa de Pruebas BinaxNOW, incluidos los resultados falsos de las pruebas y cualquier consejo médico resultante, curso de tratamiento o diagnóstico, o que el Distrito comparta los resultados de mi prueba.

FIRMA

Como padre/tutor, doy mi consentimiento para que SEDOL complete la prueba BinaxNOW en mi hijo(a). Además, autorizo a SEDOL a compartir los resultados de la prueba BinaxNOW con el Departamento de Salud del Condado de Lake, el Departamento de Salud Pública de Illinois y los empleados de SEDOL con un interés educativo legítimo en recibir dicha información. El intercambio de información relacionada con mi hijo(a) se llevará a cabo de la manera descrita anteriormente y según lo requiera la ley o la guía. Este consentimiento y autorización entran en vigencia a partir de mi firma y serán válidos hasta el 30 de junio 2021, a menos que sea revocado. Este consentimiento puede revocarse en cualquier momento notificando a Susan Kruckman, skruckman@sedol.us.

Firma de Padre/ Tutor:		Fecha	

SOLO PARA USO DE SEDOL / FOR SEDOL USE ONLY:

Date Tested		Building/Program		Results:	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> N
Test performed by:		Results given to	Date:	Email	Date:
		Parent by phone:		Sent:	