

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 ADULT 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 you please fill out this form.

What is the test?

If you become symptomatic at school and you consent, you will receive a free BinaxNOW rapid test for the COVID-19 virus. 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 individual 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 test results?

If you receive a positive BinaxNOW test result, the school nurse will notify you by phone and via email. You must stay home from school consistent with the Illinois Department of Public Health and Lake County Health Department's guidelines. The nurse will provide you with the current recommendations from the IDPH. 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 you test negative but exhibit symptoms of COVID-19, or if you have concerns about your potential exposure to COVID-19, you should call your doctor, a licensed medical authority, or your local health department. You 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 ADULT STUDENT						
<i>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.</i>						
Child/Student Information						
Student Printed Name:						
Email Address:				Phone Number:		
School ID#:			Driver's License #: <i>(if applicable)</i>			
Street Address:				County:		
City:			State:		Zip Code:	
School:				Grade Level:		
Date of Birth: (MM/DD/YYYY)				Age:		
Race/Ethnicity:	<input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Native American/Indigenous <input type="checkbox"/> Unknown			Gender:	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Other/Unknown	

CONSENT

By signing below, I attest that:

- A. I authorize the school system to conduct collection and testing for COVID-19 by nasal swab.
- B. I have consulted with my physician regarding the BinaxNOW test and the physician has indicated the BinaxNOW test is not contraindicated for me.
- C. I understand the nurse retains the discretion not to administer the test if, in his/her professional judgment, my behaviors or medical needs make the test inappropriate.
- D. I acknowledge that a positive test result is an indication that I must self-isolate and also continue wearing a mask or face covering as directed in an effort to avoid infecting others and agree I 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 medical provider, this testing does not replace treatment by my medical provider, and I assume complete and full responsibility to take appropriate action with regards to my test results. I agree I will seek medical advice, care and treatment from my medical provider if I have questions or concerns, or if my 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 Adult Student Information section above (e.g., name, date of birth, address, phone number) 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 test results, and the information outlined in the Adult Student Information section above (e.g., name, date of birth, address, phone number) 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.
- SEDOL will share positive and negative test results with my parents.

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 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

I consent to SEDOL completing the BinaxNOW test on me. I further authorize SEDOL to share the results of the BinaxNOW test with the Lake County Health Department, the Illinois Department of Public Health, my parents and SEDOL employees with a legitimate educational interest in receiving such information. The sharing of information related to me 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 at skruckman@sedol.us

Signature of Student: (if age 18 or over to otherwise authorize to consent)		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 VP 224-207-8476

www.sedol.us



FORMA DE CONSENTIMIENTO PARA ESTUDIANTE ADULTO DE SEDOL PARA PRUEBAS DE COVID OPCIONAL

El Distrito de Educación Especial del Condado de Lake se 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, complete esta forma.

¿Qué es la prueba?

Si tiene síntomas en la escuela y da su consentimiento, recibirá una prueba rápida BinaxNOW gratuita para el virus COVID-19. 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 mi prueba?

Si recibe un resultado positivo en la prueba BinaxNOW, la enfermera de la escuela le notificará por teléfono y por correo electrónico. Debe quedarse 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. La enfermera le proporcionará las recomendaciones actuales del IDPH. 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 la prueba es negativa pero presenta síntomas de COVID-19, o si le preocupa su posible exposición a COVID-19, debe llamar a su médico, a una autoridad médica autorizada o al departamento de salud local. 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 u olfato
- Falta de aliento
- Escalofríos
- Temblores o escalofríos exagerados
- Náuseas o vómitos
- Tos
- Fatiga
- Dolor de garganta
- Dolor o molestia muscular significativo
- Dificultad para respirar
- Dolor de cabeza
- Congestión o mucosidad
- Diarrea

Esta lista no incluye todos los síntomas posibles

PARA SER COMPLETADA POR ESTUDIANTE ADULTO

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.

Información del Estudiante

Nombre en Letra de Molde de Estudiante:				
Correo electrónico el estudiante:		Número de teléfono:		
Núm. de Identificación de la Escuela:		Núm. de Licencia de Conducir: (si corresponde)		
Dirección:			Condado:	
Ciudad:		Estado:	Código postal:	
Escuela			Nivel de Grado	
Fecha de Nacimiento: (DD / MM / AAAA)			Edad:	
Raza / Origen Étnico	<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 COVID -19 por hisopado nasal.
- B. He consultado con mi médico sobre la prueba BinaxNOW y el médico me ha indicado que la prueba BinaxNOW no está contraindicada para mí.
- C. Entiendo que la enfermera se reserva la facultad de no administrar la prueba si, a su juicio profesional, mi comportamiento o necesidades médicas hacen que la prueba sea inapropiada.
- D. Reconozco que un resultado positivo de la prueba es una indicación de que debo aislarme a mí mismo y también continuar usando una máscara o una cubierta facial como se indica en un esfuerzo por evitar infectar a otros y acepto que me pondré en cuarentena de acuerdo con el Departamento de Salud Pública de Illinois y Lake Pautas del Departamento de Salud del Condado.
- E. Entiendo que el sistema escolar no actúa como mi proveedor médico, esta prueba no reemplaza el tratamiento de mi proveedor médico y asumo la responsabilidad total y completa de tomar las medidas apropiadas con respecto a los resultados de mi prueba. Acepto que buscaré consejo médico, atención y tratamiento de mi proveedor médico si tengo preguntas o preocupaciones, o si mi condición empeora.
- F. Entiendo que, al igual que 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 e interpretará las pruebas. Los resultados de las pruebas estarán disponibles para cualquier empleado de SEDOL con un interés educativo legítimo, de conformidad 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 de las pruebas positivas y negativas, y la información descrita en la sección de Información del Estudiante Adulto anterior (por ejemplo, nombre, fecha de nacimiento, dirección, número de teléfono) con el Departamento de Salud Pública de Illinois a través de la 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 de las pruebas y la información descrita en la sección Información del Estudiante Adulto anterior (por ejemplo, nombre, fecha de nacimiento, dirección, número de teléfono) con el Departamento de Salud del Condado de Lake a través de una transmisión por fax. El propósito de esta divulgación es facilitar el rastreo de contactos y ayudar al departamento de salud local a monitorear las métricas de transmisión de la comunidad.
- SEDOL compartirá los resultados positivos y negativos de las pruebas con mis padres.

Todos los resultados positivos y negativos de las pruebas también se compartirán con el padre / tutor del estudiante con el fin 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 mis agentes, representantes, cesionarios, herederos y sucesores, por la presente renuncio, libero, indemnizo, eximo de responsabilidad y me comprometo a no demandar a la SEDOL, y sus Consejos Directivos, miembros individuales del Consejo, empleados, agentes, representantes, voluntarios, aseguradoras y a todos y cada uno de ellos, de y contra todos y cada uno de los reclamos, demandas, pleitos, responsabilidades y causas de acción, ya sea conocidos o desconocidos, pasados, presentes o futuros, incluidos, entre otros, todos y cada uno de los costos, gastos, honorarios de abogados, por razón 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

Doy mi consentimiento para que SEDOL complete en mi la prueba BinaxNOW. 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, mis padres y los empleados de SEDOL con un interés educativo legítimo en recibir dicha información. El intercambio de información relacionada conmigo 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 de 2021, a menos que sea revocado. Este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento notificando a Susan Kruckman en skruckman@sedol.us

Firma del Estudiante: (si tiene 18 años o más para autorizar el consentimiento)	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 parent by phone:	Date:	Email Sent:	Date: