



Formulario de Consentimiento/Divulgación y Exención y Autorización para Divulgar/Intercambiar información (Estudiante)

VIRAL SOLUTIONS LLC y ATLANTA PUBLIC SCHOOLS

Nombre completo del estudiante

Fecha de nacimiento

Nombre de la Escuela

Como padre o tutor legal del estudiante mencionado anteriormente, por la presente doy mi consentimiento a Viral Solutions LLC ("Viral Solutions") para realizar pruebas en la persona mencionada anteriormente para el virus COVID-19 a través de un hisopo nasofaríngeo o una prueba de saliva, y servicios médicos profesionales relacionados, incluidos los servicios auxiliares relacionados con los mismos, para lograr el mismo. Este consentimiento se extiende a múltiples administraciones de pruebas durante el resto del año escolar

Entiendo que los riesgos asociados con la extracción de fluidos corporales para un examen de laboratorio incluyen, entre otros, infecciones y hemorragias. Además, otorgo permiso a los empleados o contratistas de Viral Solutions para tratar a la persona mencionada anteriormente por cualquier condición que surja en el sitio fuera de los servicios de prueba acordados bajo este consentimiento, si es necesario, permiso que otorga a los empleados o contratistas de Viral Solutions LLC el derecho a tratar tales condiciones a su entera discreción si está dentro de sus capacidades, pero no les exige que lo hagan.

Entiendo que los empleados o contratistas de Viral Solutions que brindan servicios en nombre de Atlanta Public Schools no son necesariamente médicos o doctores en medicina, no son empleados o agentes de Viral Solutions y pueden ser contratistas de Viral Solutions, y que Viral Solutions no es responsable de sus actos u omisiones. Entiendo que los servicios proporcionados por Viral Solutions se relacionan con la realización de una prueba de diagnóstico aislada y no pretenden ser un examen médico completo ni crear ninguna relación médico-paciente.

Al proporcionar mi número de teléfono residencial / número de teléfono móvil / dirección de correo electrónico, reconozco que Viral Solutions o un sistema de mensajería y alcance automatizado de terceros pueden notificarme de una cita pendiente, una cita perdida, resultados de laboratorio o entregar cualquier otro mensaje de atención médica por llamada, correo electrónico o mensaje de texto. Doy mi consentimiento para que Viral Solutions o la escuela mencionada anteriormente, o un tercero que actúe en su nombre, me llame o envíe un mensaje de texto a cualquier número de teléfono asociado con la persona mencionada anteriormente, incluso a través de mensajes de texto y voz pregrabados / automatizados, por las razones especificadas anteriormente. Entiendo que mi proveedor de telefonía celular puede cobrarme por estos mensajes de texto y que se me ofrecerá una manera fácil de excluirme de estas llamadas automáticas o mensajes de texto.

Acuso recibo del Aviso de prácticas de privacidad de Viral Solutions y que Viral Solutions y sus profesionales autorizados y otros profesionales de la salud pueden usar y divulgar la información médica obtenida durante cualquier visita con fines de tratamiento, pago y operaciones de cuidado de salud. Dicha divulgación puede incluir información proporcionada a cualquier compañía de seguros, empleador, agencia gubernamental o de servicios sociales u otro proveedor de beneficios médicos con el propósito de reembolsar cualquier parte de los gastos incurridos y con el propósito de evaluar y procesar reclamaciones de pago por servicios prestados a la persona mencionada anteriormente. Autorizo y cedo todos los pagos de dichos beneficios de seguro directamente a Viral Solutions LLC.

Autorizo a Viral Solutions LLC a usar o divulgar los resultados de mi prueba del virus COVID 19 ("Información de salud protegida") a Atlanta Public Schools (incluida la Escuela) y a cualquier individuo involucrado en el funcionamiento de Atlanta Public Schools, incluyendo, sin limitación, funcionarios designados y el Superintendente, para informar a dichas personas si he dado positivo (incluido el presunto positivo) o negativo para el virus COVID-19 y para facilitar el rastreo de contactos con respecto a la prevención de la propagación del virus COVID-19. Autorizo a Atlanta Public Schools a

divulgar información sobre mí a Viral Solutions LLC según sea necesario para realizar las pruebas de COVID-19 y para facilitar el rastreo de contactos con respecto a la prevención de la propagación del virus COVID-19. Esta autorización vence a los 12 (doce) meses a partir de la fecha de las firmas que se indican a continuación.

ENTIENDO

QUE:

- La Información de salud protegida utilizada o divulgada bajo esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no estará protegida por los Estándares para la privacidad de la Información de salud de identificación individual.
- El tratamiento, el pago, la inscripción en un plan de salud o la elegibilidad para los beneficios pueden no estar condicionados a si firmo esta autorización.
- Si tengo alguna pregunta sobre la divulgación de mi información médica protegida, puedo comunicarme con Viral Solutions LLC en help@viralsolutionsga.com.
- Puedo revocar esta autorización para usar y divulgar información, así como el consentimiento para realizar pruebas, por escrito, excepto en la medida en que Viral Solutions LLC o Atlanta Public Schools hayan usado o divulgado previamente la Información de salud protegida en dependencia de esta autorización y/o pruebas administradas en función del consentimiento para la prueba. Para revocar esta autorización o consentimiento para la prueba, debo entregar una declaración escrita firmada que indique claramente que revoco esta autorización, a Ronald Sanders en Viral Solutions LLC, 2302 Parklake Drive, Suite 513, # 1452, Atlanta, GA 30345 y a la Dra. Katika Lovett de Atlanta Public Schools, 130 Trinity Ave SW, Atlanta, Georgia 30303.

Firma del Padre/ Tutor

Autoridad o relación con el estudiante

Firma del estudiante
(si es mayor de 18 años o está
autorizado para dar su
consentimiento)

Fecha