



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 2020-2021.

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



Form Consent/Release and Waiver and Authorization to Release/Exchange Information (Student)
VIRAL SOLUTIONS LLC and ATLANTA PUBLIC SCHOOLS

Student (Last Name, First Name): _____

Date of Birth: _____

School: _____

As the parent or legal guardian of the above-named student, I hereby give my consent to Viral Solutions LLC (“Viral Solutions”) to conduct testing on the above-named person for the COVID-19 virus through a nasopharyngeal swab or saliva test and related professional medical services including any ancillary services related thereto to accomplish the same. This consent extends to multiple test administrations throughout the remainder of the 2020-2021 school year.

I understand that the risks associated with drawing bodily fluid for laboratory examination include, but are not limited to, infection and bleeding. I further grant permission for Viral Solutions employees or contractors to treat the above-named person for any condition that arises on site out of the testing services agreed to under this consent, if necessary, which permission gives Viral Solutions LLC employees or contractors the right to treat such conditions in their sole discretion if within their capabilities but does not require them to do so.

I understand that Viral Solutions employees or contractors providing services on behalf of Atlanta Public Schools are not necessarily physicians or medical doctors, are not employees or agents of Viral Solutions and may be contractors of Viral Solutions, and that Viral Solutions is not liable for their acts or omissions. I understand that the services provided by Viral Solutions relate to the performance of an isolated diagnostic test and are not intended to be a complete medical examination or create any physician-patient relationship.

By supplying my home phone number/mobile phone number/email address, I acknowledge that Viral Solutions or a third-party automated outreach and messaging system may notify me of a pending appointment, missed appointment, lab results, or deliver any other health care message by call, email, or text message. I consent for Viral Solutions or the school listed above, or a third party acting on its behalf, to call or text me at any phone number associated with the above-named person, including through pre-recorded/automated voice and text messages, for the reasons specified above. I understand that my cell phone carrier may charge me for these text messages and that I will be offered an easy way to opt out of these automated calls or text messages.

I acknowledge receipt of Viral Solutions’ Notice of Privacy Practices and that Viral Solutions and its licensed and other health care professionals may use and release medical information obtained during any visit for purposes of treatment, payment, and health care operations. Such disclosure may include information provided to any insurance carrier, employer, government or social service agency or other provider of medical benefits for purposes of reimbursement for any part of expenses incurred and for the purpose of evaluation and processing claims for payment for services provided to the above-named person. I authorize and assign all payments of such insurance benefits directly to Viral Solutions LLC.

I authorize Viral Solutions LLC to use or disclose test results of my COVID 19 virus test (“Protected Health Information”) to the Atlanta Public Schools (including the School) and any individual involved in the operation of the Atlanta Public Schools, including, without limitation, designated officials and the Superintendent, to inform such individuals of whether I have been tested positive (including presumptive positive) or negative for the COVID-19 virus and to facilitate contact tracing with respect to preventing the spread of the COVID-19 virus. I authorize Atlanta Public Schools to disclose information about me to Viral Solutions LLC as needed to conduct COVID-19 testing and to facilitate contact tracing with respect to preventing the spread of the COVID-19 virus. This authorization expires 12 (twelve) months from the date of signatures noted below.

I UNDERSTAND THAT:

- The Protected Health Information used or disclosed under this authorization may be subject to redisclosure by the receiver and no longer protected by the Standards for Privacy of Individually Identifiable Health Information.
- Treatment, payment, enrollment in a health plan or eligibility for benefits may not be conditioned on whether I sign this

authorization.

- If I have any questions about the disclosure of my Protected Health Information, I can contact Viral Solutions LLC at help@viralsolutionsga.com.
- I may revoke this authorization to use and disclose information, as well as consent for testing, in writing except to the extent that Viral Solutions LLC or Atlanta Public Schools has previously used or disclosed the Protected Health Information in reliance on this authorization and/or administered testing in reliance on consent for testing. To revoke this authorization or consent for testing, I must deliver a signed written statement clearly stating that I revoke this authorization, to Ronald Sanders at Viral Solutions LLC, 2302 Parklake Drive, Suite 513, #1452, Atlanta, GA 30345 and to Dr. Katika Lovett at Atlanta Public Schools, 130 Trinity Ave SW, Atlanta, Georgia 30303.

Signature of Parent/Guardian

Authority or Relationship to Student

Signature of Student
(if over 18 or otherwise
authorized to consent)

Date