



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE PADRES/TUTORES PARA PRUEBAS SEMANALES DE COVID PARA ESTUDIANTES

Por la presente reconozco el consentimiento total y completo y hago una solicitud de pruebas de Covid para mi hijo mientras son estudiantes _____ hasta junio de 2021. Por la presente solicito y autorizo a PMH Laboratory, Inc. designado subcontratista que es una enfermera independiente / agencia de personal de atención médica, no directamente afiliado con PMH Laboratory, Inc., para recoger esta muestra para la persona que lleva el nombre a continuación para quien soy el tutor legal.

Entiendo que esta prueba es voluntaria y que tengo la opción de hacer pruebas semanales para mi hijo por mi cuenta. También entiendo que los resultados de las pruebas de Covid solo se compartirán con los administradores/personal de _____ de apoyo necesarios y solo se utilizarán para los fines de la asistencia de mi hijo a la escuela _____.

El Laboratorio PMH, Inc., no le está proporcionando asesoramiento médico ni son responsables de ningún resultado de prueba.

NOMBRE DE ESTUDIANTE(Please print): _____

FIRMA DE PARENT/GUARDIAN: _____

FECHA: