

Escuelas del Condado de Shelby

Autorización del paciente para usar y divulgar información médica protegida

Nombre y apellido del paciente: _____

Escuela en la que el estudiante está matriculado actualmente:

Si la persona que se somete a la prueba es menor de 18 años, escriba a continuación el nombre del padre o tutor:

Nombre: _____ Relación (padre, tutor, etc.): _____

Al firmar esta autorización, ordeno el uso o la divulgación por parte del siguiente laboratorio nombrado que proporciona las pruebas de COVID-19: Poplar Healthcare, de cierta información de salud protegida (PHI) perteneciente al paciente arriba mencionado. Esta autorización se refiere a la siguiente información sobre el paciente:

Nombre, dirección y resultados de las pruebas de exposición al virus COVID-19

Esta información puede ser utilizada o divulgada por el laboratorio arriba mencionado y puede ser divulgada a:

Dr. Patrick Dean, proveedor de pedidos
Departamento de Salud del Condado de Shelby

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta Autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que el laboratorio arriba mencionado ya haya actuado en base a la Autorización. Para revocar esta Autorización, entiendo que debo hacerlo mediante una solicitud por escrito al laboratorio mencionado abajo:

Poplar Healthcare:
3495 Hacks Cross Road,
Memphis, TN 38125
ATTN: Joe Davis, Compliance Officer

Comprendo que la información utilizada o divulgada en virtud de esta autorización puede ser objeto de nueva divulgación por parte del destinatario y dejar de estar sujeta a las protecciones de privacidad previstas por la ley.

Entiendo que no se requiere mi autorización por escrito para que el laboratorio arriba mencionado utilice mi información médica protegida para el tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

Entiendo que tengo el derecho de inspeccionar y copiar la información que va a ser usada o revelada como parte de esta Autorización. La autorización es solicitada por Poplar Healthcare para los siguientes propósitos:

Gestión y control de la pandemia de COVID-19 en la ciudad de Memphis y el condado de Shelby, Tennessee.

El uso o la divulgación de la información solicitada dará lugar a una remuneración directa o indirecta a los laboratorios mencionados por parte de un tercero.

Reconozco que he leído las disposiciones de la Autorización y que tengo derecho a negarme a firmar esta Autorización. Entiendo y acepto sus términos.

Esta autorización expira el: La finalización del curso escolar 2021-22.

Firma: _____ Fecha: _____

Escuelas del Condado de Shelby

Consentimiento para la prueba de COVID-19

Yo, el abajo firmante, doy permiso para que los contratistas contratados por la Junta de Educación de las Escuelas del Condado de Shelby (SCBE) realicen pruebas de hisopo nasal con PCR en mí/mi hijo para comprobar si está infectado con el virus COVID-19. Entiendo que las pruebas de hisopo nasal serán realizadas por contratistas capacitados para realizar las pruebas correctamente de acuerdo con los procedimientos médicos y de laboratorio estándar, y que las pruebas serán transportadas a un laboratorio calificado para procesar las pruebas y proporcionar los resultados de manera oportuna. Además, entiendo que yo/mi hijo puede ser obligado a no asistir al trabajo/escuela durante al menos un período de diez a catorce (10-14) días en caso de que el resultado de la prueba sea positivo; y que en el caso de que yo/mi hijo haya estado en contacto con otro compañero de trabajo/estudiante que haya dado positivo en la prueba del virus COVID-19, yo/mi hijo puede ser aislado o puesto en cuarentena, junto con cualquier otro compañero de trabajo/estudiante igualmente expuesto, por separado de otros compañeros de trabajo/estudiantes en el trabajo/escuela, por un período de hasta diez a catorce (10-14) días, o según lo requiera el Departamento de Salud del Condado de Shelby, incluso si yo/mi hijo no han dado positivo en la prueba del virus COVID-19.

Estoy de acuerdo y reconozco que la Junta de Educación de las Escuelas del Condado de Shelby (SCBE), sus empleados, asociados, voluntarios, personal y / o contratistas no tendrán ninguna responsabilidad por cualquier reclamo, daños, demandas, juicios y pérdidas, incluyendo pero no limitado a la enfermedad, lesión y / o muerte, que surja de o de otra manera conectada con el SCBE y/o sus contratistas de la prueba de mí/mi hijo para la infección con el virus COVID-19 y/o las acciones subsecuentes tomadas por el trabajo/la escuela en respuesta a los resultados de la prueba de mí/mi hijo o los resultados de la prueba de cualquier compañero de trabajo/estudiante con quien yo/mi hijo ha estado en contacto.

Estoy de acuerdo y reconozco que este consentimiento para la prueba permanecerá en pleno vigor y efecto durante la duración del programa de pruebas según lo establecido por el SCBE y mi escuela/organización.

Nombre legal del paciente: _____

Nombre del padre/tutor (en letra de molde: _____

Firma del padre/tutor: _____

Fecha de la firma: _____