

Consent for BinaxNOW COVID-19 Antigen Testing

Robert F.

Voluntary Testing Consent & Acknowledgement Form for Kennedy School District

BinaxNOW is an antigen test that detects the presence of the virus that causes a COVID-19 infection. Results from this test are usually available in about fifteen (15) minutes. There is no charge to you for these tests and collecting the specimen for testing involves using a small swab into the front of the nose, not deep into the nose. This test is completely voluntary and will not be administered without signed consent. This test may be administered to your child at various times for various reasons. Both positive and negative results of this test will be reported to the New Mexico Department of Health so that it can begin contact tracing and other disease control measures if necessary. You will also be provided with the results of each test administered to your child.

Except as required by law, test results and testing information will be kept confidential by the school district and the NM Department of Health. NOTIFIABLE DISEASES OR CONDITIONS IN NEW MEXICO 7.4.3.13 NEW MEXICO ADMINISTRATIVE CODE. This code may be located at: [NOTIFIABLE CONDITIONS IN NEW MEXICO \(nmhealth.org\)](https://www.nmhealth.org/conditions)

Consent and Acknowledgement

Completing and signing this form serves as consent for this test to be performed on the named individual at various times as determined necessary by the school district School personnel also an acknowledgment of the above statements Upon request, this completed and signed form should be provided to the appropriate school district personnel and will grant permission for trained school personnel to conduct multiple BinaxNow tests on your child throughout the school year. This consent may be revoked at any time.

Print name of person subject to testing: _____ DOB: _____

Print parent / guardian name: _____ Date: _____

Signature of parent / guardian: _____

DISTRICT USE:

Received by (name) _____ on (Date) _____

Place of test administration: _____ on (Date) _____

Autorización para Prueba de Antígeno COVID-19 BinaxNOW

Formulario de Consentimiento y Reconocimiento de Pruebas
Voluntarias para _____

Distrito Escolar

Añada el Nombre

BinaxNOW es una prueba de antígenos que detecta la presencia del virus que cause una infección COVID-19. Los resultados de esta prueba usualmente están listos en quince (15) minutos. No hay cargo alguno para estas pruebas y la recolección del espécimen para la prueba envuelve el introducir un pequeño hisopo en la parte frontal de su nariz, no hasta el fondo de la nariz. La prueba es completamente voluntaria y no será administrada sin una autorización escrita. Esta prueba le puede ser administrada a su niño en varias ocasiones, por varias razones. Tanto los resultados positivos y negativos de esta prueba serán reportados al Departamento de Salud de Nuevo México para que puedan comenzar con las medidas de rastreo de contactos de ser necesario. También se le proveerán los resultados de cada prueba administrada a su niño.

Excepto cuando la ley lo requiera, el distrito escolar y el Departamento de Salud de NM mantendrán los resultados y la información de las pruebas confidencialmente. ENFERMEDADES O CONDICIONES A SER NOTIFICADAS EN NUEVO MÉXICO 7.4.3.13 CÓDIGO ADMINISTRATIVO DE NUEVO MÉXICO. Este código puede ser localizado en: CONDICIONES NOTIFICABLES EN NUEVO MÉXICO (nmhealth.org)

Autorización y Reconocimiento

El completar y firmar este formulario sirve como una autorización para que esta prueba le sea hecha al individuo nombrado, en varias ocasiones, como lo determine necesario el distrito escolar. El personal escolar también reconoce las declaraciones anteriores. A petición, este formulario completado y firmado debe ser provisto al personal apropiado del distrito escolar y le dará permiso al personal escolar entrenado para que conduzca múltiples pruebas BinaxNOW a su niño durante el año escolar. Esta autorización puede ser revocada en cualquier momento.

Nombre (LDM) de la persona sujeta a la prueba: _____ FDN: _____

Nombre (LDM) del padre/madre/ tutor(a) legal: _____ Fecha: _____

Firma del padre/madre/tutor(a) legal: _____

PARA USO DEL DISTRITO:

Received by (name) _____ on (Date) _____

Place of test administration: _____ on (Date) _____