

Voluntary Testing Consent & Acknowledgment Form for Zion School District No. 6

2021-2022 School Year

Zion School District No. 6 seeks to maintain a safe environment for employees, students, and their families in light of the COVID-19 outbreak. This consent form provides authorization for Zion School District No. 6, with your permission, to perform a COVID-19 test, the BinaxNOW, on your child, and to release the results of those tests to the Illinois Department of Public Health and the Lake County Health Department.

BinaxNOW is an antigen testing that detects the presence of the SARS-CoV-2, which is the virus that causes a COVID-19 infection, in about fifteen (15) minutes. The specimen for the test is collected via nasal swab. This test is completely voluntary and will not be administered absent parent/guardian consent as memorialized on this form being signed.

Zion School District No. 6 intends to administer BinaxNOW testing to students who present during the school day **with symptoms of COVID-19** and whose parents/guardians have provided consent for testing. **Do not send your student to school if they are exhibiting any symptoms of COVID-19. Students will be expected to quarantine consistent with the Illinois Department of Public Health's Guidance.** Upon consent and as ordered by the Lake County Health Department and IDPH, students can also be screened for Covid-19 as a surveillance method and if asymptomatic, if such a program is to be implemented within the district .

BinaxNOW testing will be completed and interpreted by Zion School District No. 6 registered nurses. Testing results will be available to any employees of Zion School District No. 6 with a legitimate educational interest, consistent with the *Illinois School Student Records Act*. Additionally, Zion School District No. 6 will share the following delineated information to the parties described below in the manner described below:

- Zion Elementary School District No. 6 will share positive and negative test results, student name, student DOB, student address, and parent/guardian phone number with the Illinois Department of Public Health via electronic transmission of this information using the Red Cap online reporting site. The purpose of this disclosure is to facilitate contact tracing and to track test usage.
- Zion Elementary School District No. 6 will share positive test results ONLY, student name, student DOB, student address, and parent/guardian phone number with the Lake County Health Department via facsimile transmission and redcap online reporting. The purpose of this disclosure is to facilitate contact tracing and to assist the local health department in monitoring community transmission metrics.

All positive and negative test results will also be shared with the student's parent/guardian for the purpose of seeking additional medical treatment.

By signing this Voluntary Testing Consent & Acknowledgement, I, on my own behalf and on behalf of my student, agree to waive, release, indemnify, hold harmless, and covenant not to sue Zion School District No. 6, its Board of Education, administrators, employees, agents, representatives, volunteers, insurers, assigns, and successors, with respect to any and all claims, charges, and causes of action, whether known or unknown, past, present, or future, including, but not limited to, any and all costs, expenses, and attorneys' fees, by reason of any injury, illness, death, damage, or loss, arising out of or in connection with Zion School District No. 6's administration of the BinaxNOW test to my student and/or with respect to and related to Zion School District No. 6's sharing of my student's test results.

Completing and signing this form serves as a consent for the test to be performed on the named individual by Zion School District and to release the test results and is also an acknowledgment of the above statements.

CONSENT & ACKNOWLEDGMENT & RELEASE OF LIABILITY

I consent to Zion School District No. 6 completing the BinaxNOW testing on my student, _____ . I further authorize Zion School District No. 6 to share the results of the BinaxNOW test with the Illinois Department of Public Health and the Lake County Health Department as described above, and as otherwise required by law or guidance. This consent and authorization is effective upon signature and will be valid through June 30, 2022, unless revoked.

Student Name: _____

Parent/Guardian Name: _____

Parent/Guardian Signature: _____

Date: _____

Formulario de Consentimiento y Reconocimiento de Pruebas Voluntarias para el Distrito Escolar de Zion Núm. 6

Año Escolar 2021-2022

El Distrito Escolar de Zion Núm. 6 busca mantener un ambiente seguro para los empleados, estudiantes y sus familias a la luz del brote de COVID-19. Este formulario de consentimiento proporciona autorización para el Distrito Escolar de Zion Núm. 6 con su permiso para realizar una prueba de COVID-19, BinaxNOW, en su hijo(a), y para divulgar los resultados de esas pruebas al Departamento de Salud Pública de Illinois y al Condado de Lake. Departamento de salud.

BinaxNOW es una prueba de antígeno que detecta la presencia del SARS-CoV-2, que es el virus que causa una infección por COVID-19, en aproximadamente quince (15) minutos. La muestra para la prueba se recolecta a través de un hisopo nasal. Esta prueba es completamente voluntaria y no se administrará sin el consentimiento del padre / tutor ausente como se recuerda en este formulario firmado.

El Distrito Escolar de Zion Núm. 6 tiene la intención de administrar la prueba BinaxNOW a los estudiantes que se presenten durante el día escolar **con síntomas de COVID-19** y cuyos padres / tutores hayan dado su consentimiento para la prueba. **Tenga en cuenta que aún se requiere la autocertificación de los síntomas. No envíe a su estudiante a la escuela si presenta algún síntoma de COVID-19.** El examen **Se espera que los estudiantes se pongan en cuarentena de acuerdo con la Guía del Departamento de Salud Pública de Illinois.** Con el consentimiento y según lo ordenado por el Departamento de Salud del Condado de Lake y el IDPH, los estudiantes también pueden ser evaluados para Covid-19 como un método de vigilancia y, si son asintomáticos, si dicho programa se implementará dentro del distrito.

Las pruebas BinaxNOW serán completadas e interpretadas por enfermeras registradas del Distrito Escolar de Zion Núm. 6. Los resultados de las pruebas estarán disponibles para cualquier empleado del Distrito Escolar de Zion Núm. 6 con un interés educativo legítimo, de conformidad con la *Ley de Expedientes Escolares de Estudiantes de Illinois*. Además, el Distrito Escolar de Zion Núm. 6 compartirá la siguiente información delineada con las partes descritas a continuación de la manera que se describe a continuación:

- El Distrito Escolar Primario No. 6 de Zion compartirá los resultados positivos y negativos de las pruebas, el nombre del estudiante, la fecha de nacimiento del estudiante, la dirección del estudiante y el número de teléfono del padre / tutor con el Departamento de Salud Pública de Illinois a través de la transmisión electrónica de esta información utilizando los informes en línea de Red Cap. sitio. El propósito de esta divulgación es facilitar el rastreo de contactos y realizar un seguimiento del uso de las pruebas.
- El Distrito Escolar Primario Núm. 6 de Zion compartirá SOLAMENTE los resultados positivos de las pruebas, el nombre del estudiante, la fecha de nacimiento del estudiante, la dirección del estudiante y el número de teléfono del padre / tutor con el Departamento de Salud del Condado de Lake a través de transmisión por fax y reportes en línea de redcap. El propósito de esta divulgación es facilitar el rastreo de contactos y ayudar al departamento de salud local a monitorear las métricas de transmisión de la comunidad.

Todos los resultados positivos y negativos de las pruebas también se compartirán con el padre / tutor del estudiante con el fin de buscar tratamiento médico adicional.

Al firmar este Consentimiento y Reconocimiento de Pruebas Voluntarias, yo, en mi propio nombre y en nombre de mi estudiante, acepto renunciar, liberar, indemnizar, eximir de responsabilidad y hacer un

convenio de no demandar al Distrito Escolar de Zion Núm. 6, su Junta de Educación, administradores, empleados, agentes, representantes, voluntarios, aseguradores, cesionarios y sucesores, con respecto a todos y cada uno de los reclamos, cargos y causas de acción, ya sean conocidos o desconocidos, pasados, presentes o futuros, incluidos, pero no limitado a, todos y cada uno de los costos, gastos y honorarios de abogados, por razón de cualquier lesión, enfermedad, muerte, daño o pérdida, que surja de o en conexión con la administración del Distrito Escolar de Zion Núm. 6 de la Prueba BinaxNOW a mi estudiante y / o con respecto a y relacionado con el intercambio de los resultados de la prueba de mi estudiante del Distrito Escolar de Zion Núm. 6.

Completar y firmar este formulario sirve como consentimiento para que el Distrito Escolar de Zion realice la prueba en la persona designada y para divulgar los resultados de la prueba y también es un reconocimiento de las declaraciones anteriores.

CONSENTIMIENTO Y RECONOCIMIENTO Y LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Doy mi consentimiento para que el Distrito Escolar de Zion Núm. 6 complete la prueba BinaxNOW en mi estudiante, _____. Además, autorizo al Distrito Escolar Núm. 6 de Zion a compartir los resultados de la prueba BinaxNOW con el Departamento de Salud Pública de Illinois y el Departamento de Salud del Condado de Lake como se describe arriba, y según lo requiera la ley o la guía. Este consentimiento y autorización entran en vigencia al momento de la firma y serán válidos hasta el 30 de junio de 2022, a menos que se revoquen.

Nombre del estudiante: _____

Nombre del Padre / Tutor: _____

Firma del Padre / Tutor: _____

Fecha: _____