

Consent for Minors COVID-19 Rapid Test Prior to Admission

Nombre del menor que está siendo examinado: _____ DOB: _____
(Por favor imprimir) (Fecha de nacimiento)

Dirección del menor: _____
Ciudad Estado Código postal

Nombre del padre/tutor: _____

Dirección del padre/tutor: _____
(Escriba "igual" si es la misma dirección del menor) Ciudad Estado Código postal

Numero de teléfono celular del padre/tutor (Necesario): _____

Dirección de correo electrónico de padre/tutor (Necesario): _____

Four Winds Hospital no brinda atención psiquiátrica de emergencia y las admisiones se realizan únicamente con cita previa. Cuando programo su cita, se le informo que para prevenir la propagación del coronavirus y proteger a los pacientes que se encuentran actualmente en el hospital, una condición de ingreso es un resultado negativo de una prueba de COVID-19. Se le ha ofrecido la oportunidad de obtener una prueba de otro proveedor de atención médica en lugar de realizar la prueba en el hospital antes de la admisión.

Su hijo/ pupilo recibirá una prueba rápida de antígeno BD gratuita para detectar el virus COVID-19. La recolección de una muestra para la prueba implica insertar un hisopo pequeño, similar a un hisopo (Q-Tip), en la parte frontal de la nariz. Puede haber alguna molestia leve en la nariz o garganta o sangrado en la nariz. Se le entregaran los resultados de la prueba por escrito.

Usted reconoce que le han informado que si su hijo/pupilo da positivo en la prueba:

- No se realizara una evaluación psiquiátrica de su hijo/pupilo
- El hospital no podrá proceder con la admisión
- Se le pedirá que abandone los terrenos del hospital
- Se lo remitirá al proveedor de salud mental para pacientes ambulatorios de su hijo/pupilo y se le dará una lista de recursos para crisis y sala de emergencia.
- Se contactara a su proveedor de salud mental para pacientes ambulatorios y se le informara que la admisión no pudo continuar debido a un Resultado positivo de una prueba rápida COVID-19

Consentimiento para menores
Prueba rápida COVID-19 antes de la admisión

Página 2

Al firmar a continuación, doy fe de que:

- He firmado este Formulario libre y voluntariamente y Estoy legalmente autorizado para tomar decisiones en nombre del niño mencionado
- Doy mi consentimiento para que mi hijo/pupilo sea examinado para detectar la infección de COVID-19.
- Entiendo que las pruebas a veces producen resultados incorrectos y que el resultado de esta prueba no garantiza que mi hijo/pupilo no tenga COVID-19 en este momento.
- Entiendo que los resultados de las pruebas de mi hijo/pupilo pueden divulgarse según lo exige la ley.
- Doy mi consentimiento para la divulgación de los resultados positivos de las pruebas de mi hijo/pupilo a los proveedores médicos y salud conductual ambulatoria de mi hijo/pupilo.

Firma de Padre/Tutor

Fecha

Testigo Nombre en letra de imprenta: _____

Firma de Testigo: _____