

STUDENT COVID-19 TESTING CONSENT FORM – Lakeport Unified School District

Name of Student participating in testing (hereafter “Student”):		DOB	Sex	Student ID #
Name of Parent/Legal Guardian (if Student under 18)		School/Grade:		
Address:	City:	Zip:	Telephone:	

I certify that I am: (a) the Student and at least **13** years of age; (b) the legal guardian of the Student; or (c) a person authorized to consent on behalf of the Student where the student is not otherwise competent or unable to consent for themselves.

I hereby give my consent to the Lakeport Unified School District (the “District”), as applicable (each an “applicable Provider”), to provide COVID-19 testing to the Student listed above.

On behalf of the Student, the Student’s heirs and personal representatives, I hereby waive any claim I may have against the District, and its governing board, officers, agents, employees, volunteers, and representatives (“Released Parties”) from any and all liabilities or claims whether known or unknown arising out of, in connection with, or in any way related to the administration of the COVID-19 testing.

I acknowledge that: (a) I understand the purposes/benefits of my county’s testing registry (“Registry”) and my state’s Health Information Exchange (“State HIE”); and (b) the applicable Provider may disclose Student’s testing information to the county testing records, to the State HIE, or through the State HIE to the county testing records, or to any state or federal governmental agencies or authorities (“Government Agencies”), such as state, county, or local Departments of Health or the federal Department of Health and Human Services, the Centers for Disease Control and Prevention, or their respective designees as may be required by law, for purposes of public health reporting, or to Student’s healthcare providers enrolled in the county testing records and/or State HIE for purposes of care coordination.

I confirm that Student has no known medical conditions that may pose a risk to the health and safety of Student in connection with the testing that is the subject of this agreement.

I acknowledge that I have had a chance to ask questions about the COVID-19 testing. I understand the known risks and the potential benefits of receiving the COVID-19 testing, and I understand that there may be risks to the COVID-19 testing that are not known at this time. I nonetheless request and consent to the COVID-19 testing being given to Student. I acknowledge that receipt of this testing is voluntary on my part and is provided at no charge to me. I agree to hold the District, and its agents, harmless from any injury or loss resulting from Student’s receipt of the COVID-19 testing.

I HAVE READ THIS WAIVER OF LIABILITY AND ASSUMPTION OF RISK AGREEMENT. I FULLY UNDERSTAND ITS TERMS, UNDERSTAND THAT I HAVE GIVEN UP SUBSTANTIAL RIGHTS BY SIGNING IT, AND SIGN IT FREELY AND VOLUNTARILY.

Signature: _____ Date: _____ Printed Name: _____

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LAS PRUEBAS DE COVID-19 DEL ESTUDIANTE -
Lakeport Unified School District**

Nombre del estudiante que participa en las pruebas (en adelante "Estudiante"):		Fecha de nacimiento:	Sexo:	N.º ID del/de la Estudiante:
Nombre del padre/madre/tutor-a legal (si el Estudiante es menor de 18 años):		Escuela/Grado:		
Dirección:	Ciudad:	C.P.:	Teléfono:	

Certifico que soy: (a) el Estudiante y tengo al menos **13** años de edad; (b) el tutor-a legal del Estudiante; o (c) una persona autorizada a dar su consentimiento en nombre del Estudiante cuando este no sea competente o no pueda dar su consentimiento por sí mismo.

Por la presente doy mi consentimiento a Lakeport Unified School District (el "Distrito"), según corresponda (cada uno de ellos un "Proveedor aplicable"), para que proporcione la prueba de COVID-19 al Estudiante mencionado anteriormente.

En nombre del Estudiante, los herederos y representantes personales del Estudiante, por la presente renuncio a cualquier reclamación que pueda tener contra el Distrito, y su consejo directivo, funcionarios, agentes, empleados, voluntarios y representantes ("Partes Liberadas") de cualesquier responsabilidad o reclamación, ya sean conocidas o desconocidas que surjan de, en conexión con, o estén de cualquier manera relacionadas con la administración de la prueba de COVID-19.

Reconozco que: (a) Entiendo los propósitos/beneficios del registro de pruebas de mi condado ("Registro") y el Intercambio de Información Sanitaria de mi estado ("IIS Estatal"); y (b) que el Proveedor aplicable puede divulgar la información de las pruebas del Estudiante a los registros de pruebas del condado, al IIS Estatal, o a través del IIS Estatal a los registros de pruebas del condado, o a cualquier agencia o autoridad gubernamental estatal o federal ("Agencias Gubernamentales"), tales como los Departamentos de Salud estatales, del condado o locales, o el Departamento de Salud y Servicios Humanos federal, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, o a sus respectivos designados, según lo requiera la ley, para propósitos de informes de salud pública, o a los proveedores de atención médica del Estudiante inscritos en los registros de pruebas del condado o el IIS Estatal para propósitos de coordinación de la atención.

Confirmo que el Estudiante no tiene ninguna condición médica conocida que pueda suponer un riesgo para la salud y la seguridad del Estudiante en relación con las pruebas objeto de este acuerdo.

Reconozco que he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre las pruebas de COVID-19. Entiendo los riesgos conocidos y los beneficios potenciales de recibir la prueba de COVID-19, y entiendo que puede haber riesgos relacionados con la prueba de COVID-19 que no se conocen en este momento. No obstante, solicito y consiento que se realice la prueba de COVID-19 al Estudiante. Reconozco que la recepción de esta prueba es voluntaria por mi parte y se me proporciona sin coste alguno. Estoy de acuerdo en eximir al Distrito, y a sus agentes, de cualquier daño o pérdida que sea resultado de que el Estudiante reciba la prueba de COVID-19.

HE LEÍDO ESTE ACUERDO DE EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD Y ASUNCIÓN DE RIESGOS. COMPRENDO PLENAMENTE SUS TÉRMINOS, ENTIENDO QUE HE RENUNCIADO A DERECHOS SUSTANCIALES AL FIRMARLO, Y LO FIRMO LIBRE Y VOLUNTARIAMENTE.

Firma: _____ Fecha: _____ Nombre escrito: _____