



**SAHUARITA UNIFIED SCHOOL DISTRICT**

**Formulario de Consentimiento del Estudiante de ICATT**

- 1. Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_  

*Nombre*
*Apellido*
- 2. ¿El estudiante mencionado anteriormente ha sido diagnosticado con COVID-19 en los últimos 90 días?  
 Sí, mi hijo ha dado positivo por COVID-19 en los últimos 90 días (nota: las personas que han dado positivo por COVID-19 en los últimos 90 días no deben participar en el programa de pruebas ICATT).  
 No, mi hijo no ha dado positivo por COVID-19 en los últimos 90 días.
- 3. Grado \_\_\_\_\_
- 4. Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_
- 5. Género/Sexo \_\_\_\_\_
- 6. Raza \_\_\_\_\_
- 7. Etnicidad \_\_\_\_\_
- 8. Dirección \_\_\_\_\_
- 9. Dirección Ciudad Estado/Provincia/Región \_\_\_\_\_
- 10. Código Postal \_\_\_\_\_
- 11. Nombre del Padre/Tutor Legal #1\* \_\_\_\_\_  

*Nombre*
*Apellido*
- 12. Teléfono del Padre/Tutor Legal #1\* \_\_\_\_\_
- 13. Correo Electrónico del Padre/Tutor Legal #1\* \_\_\_\_\_  
**Ingrese Correo Electrónico Confirmar Correo Electrónico**
- 14. Nombre del Padre/Tutor Legal #2 \_\_\_\_\_  

*Nombre*
*Apellido*
- 15. Teléfono del Padre/Tutor Legal #2 \_\_\_\_\_
- 16. Correo Electrónico del Padre/Tutor Legal #2 \_\_\_\_\_  
**Ingrese Correo Electrónico Confirmar Correo Electrónico**

Al completar este formulario, usted acepta dar su consentimiento para que se haga la prueba a su hijo y que ha leído y comprendido el formulario de consentimiento.

**Firma**  
Yo, el abajo firmante, he sido informado sobre el propósito, los procedimientos, los posibles beneficios y los riesgos de la prueba, y he leído y comprendido el Consentimiento Informado.

\_\_\_\_\_

*Nombre*
*Apellido*