

**ANEXO IV FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE TEST RÁPIDOS PARA LA DETECCIÓN DE CORONAVIRUS (COVID-19). TEST DE ANTÍGENOS.**

En \_\_\_\_\_, siendo el día \_\_\_\_\_, quien suscribe \_\_\_\_\_, en mi carácter de referente familiar o adulta/o responsable de la/el estudiante (tachar lo que no corresponda)

DNI N° \_\_\_\_\_ con domicilio real en \_\_\_\_\_ de la ciudad de \_\_\_\_\_, teléfono celular N° \_\_\_\_\_, (de corresponder) en representación del estudiante \_\_\_\_\_, DNI \_\_\_\_\_; de \_\_\_\_\_ grado .

Sobre la utilización de pruebas de antígeno en establecimientos educativos, MANIFIESTO QUE SE ME HA INFORMADO QUE:

- I) ➤ La incorporación de técnicas rápidas de detección de proteínas trata de una técnica no invasiva, resultando una herramienta muy útil para el momento epidemiológico actual. ➤ Es importante tener en cuenta que la muestra utilizada por estas pruebas es una muestra nasal que no duele y no es invasiva.
- La toma de muestra, que será realizada por agentes sanitarios del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, consiste en introducir un hisopo en la fosa nasal.
- La prueba permite obtener un resultado en 20 minutos.
- Los resultados positivos obtenidos por test de antígeno podrán ser confirmados por las pruebas moleculares para la adopción de las medidas correspondientes en la institución.

MANIFIESTO QUE PRESTO MI CONSENTIMIENTO PARA QUE LAS/OS AGENTES SANITARIOS DEL MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE 27 LINEAMIENTOS PARA LA PRESENCIALIDAD EN LOS ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES EN CONTEXTO DE COVID-19 – OCTUBRE 2021 BUENOS AIRES TOMEN UNA MUESTRA NASAL, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL APARTADO I), Y SEA ANALIZADA UTILIZANDO EL TEST RÁPIDO DE ANTÍGENO PARA DETERMINAR LA PRESENCIA DE ARN VIRAL SARS-COV-2, EL VIRUS QUE CAUSA COVID-19.

III) FUI INFORMADA/O QUE LA REALIZACIÓN DEL TEST SE ENMARCA EN UNA ESTRATEGIA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA ACTIVA DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES EN LAS ESCUELAS, PARA LA DETECCIÓN DE CASOS ASINTOMÁTICOS QUE COMPRENDE TANTO A TRABAJADORES/AS COMO A ESTUDIANTES.

FIRMA DEL REFERENTE FAMILIAR O

ADULTA/O RESPONSABLE DE LA/EL ESTUDIANTE:

ACLARACION / DNI

PARENTESCO