



PELHAM PUBLIC SCHOOLS

COVID-19 SURVEILLANCE TESTING CONSENT

The Public Pelham Schools is seeking your voluntary consent to participate in COVID-19 testing. The District, in collaboration with the WDOH, will test our students, teachers, and staff members for COVID-19. The purpose of weekly COVID-19 testing is to monitor the positivity rate within the District as we start high-risk athletics and monitor prevalence among the general school population.

The District will utilize the BinaxNOW SARS-CoV-2 Antigen Test, which is a rapid test that uses a nasal swab. This test will be used for surveillance only, and volunteers must be asymptomatic.

Name of Individual Tested: _____ DOB: ____/____/____

Address: _____ Phone: _____

☐ High School

☐ Middle School

☐ Colonial

☐ Hutchinson

☐ Prospect Hill

☐ Siwanoy

- **Negative Results** will be communicated via email only.
- **Positive Results** will be communicated by phone for contact tracing with an email follow-up to provide Isolation Protocol.
- **All positive results will be reported to the Westchester County DOH.**

☐ I give the Pelham Public Schools permission to collect a sample and test for COVID-19.

Signature: _____ Date: _____

(Individual Tested or Parent/Guardian for Individuals tested under the age of 18 is required)

Print Name of Signee: _____



PELHAM PUBLIC SCHOOLS

COVID-19 CONSENTIMIENTO PARA PRUEBAS DE VIGILANCIA

Las Escuelas Públicas de Pelham buscan su consentimiento voluntario para participar en las pruebas de COVID-19. El Distrito, en colaboración con la WDOH, evaluará a nuestros estudiantes, maestros y miembros del personal para detectar COVID-19. El propósito de las pruebas COVID-19 semanales es monitorear la tasa de positividad dentro del Distrito a medida que comenzamos los deportes de alto riesgo y monitoreamos la prevalencia entre la población escolar en general.

El Distrito utilizará la prueba de antígeno BinaxNOW SARS-CoV-2, que es una prueba rápida que utiliza un hisopo nasal. Esta prueba se utilizará solo para vigilancia y los voluntarios deben estar asintomáticos.

Nombre de la persona examinada: _____ Fecha de nacimiento: __/__/__

Habla a: _____ Teléfono: _____

☐ Escuela secundaria

☐ Escuela intermedia

☐ Colonial

☐ Hutchinson

☐ Prospect Hill

☐ Siwanoy

- **Los resultados negativos** se comunicarán solo por correo electrónico.
- **Los resultados positivos** se comunicarán por teléfono para el seguimiento de contactos con un seguimiento por correo electrónico para proporcionar el protocolo de aislamiento.
- **Todos los resultados positivos se informarán al DOH del condado de Westchester.**

☐ Doy permiso a las Escuelas Públicas de Pelham para recolectar una muestra y realizar una prueba de COVID-19.

Firma: _____ Fecha: _____

(Se requiere el examen individual o el padre / tutor para individuos evaluados menores de 18 años)

Nombre en letra de imprenta del firmante: _____

