**LORAIN CITY SCHOOLS STUDENT CONSENT FOR COVID-19 TESTING & AUTHORIZATION/RELEASE FORM**

May we leave a message?

Student Name _____ Cell Phone _____ ☐Y ☐N _____ Initial

DOB-mm/dd/yyyy _____

Address _____ City _____ State _____ Zip _____ Home Phone _____

**Emergency contact**:

**Name**_____**Relationship**_____**Phone**_____

1. **Consent for Testing:** I consent to COVID-19 virus testing for the purposes of permitting Lorain City Schools to evaluate whether I am currently infected with the COVID-19 virus.

2. **Release of Information**: I understand that Bon Secours Mercy Health (BSMH) may release medical and/or treatment information regarding my test results to Lorain City Schools. I hereby authorize the use or disclosure of my health information as described in this form, including that my results may be shared with federal/state/local governmental authorities, as permitted or required by law. This authorization shall expire one (1) year from the date of my signature below. I understand that I have the right to revoke this authorization at any time, in writing, by mailing such written notification to **BSMH Privacy Officer, 1701 Mercy Health Place, Cincinnati, OH 45237.** I understand that a revocation is not effective to the extent that BSMH has taken action in reliance on this authorization or if this authorization was obtained as a condition of obtaining insurance coverage and the law provides the insurer with the right to contest a claim under the policy or to contest the policy itself. I understand that BSMH will not condition my treatment on whether I provide authorization for the requested use or disclosure if to do so would be prohibited by federal or state law. If a reason exists under law for conditioning my treatment on obtaining this authorization, I have been advised of that fact and of the consequences of me refusing to sign this authorization. I understand there is the potential for information used or disclosed pursuant to this authorization to be subject to re-disclosure by the recipient if the recipient is not required by law to protect the privacy of the information. I understand that I will receive a copy of this authorization if signed by me.

3. **Financial Agreement:** Lorain City Schools will remit payment on my behalf to cover all costs associated with the COVID-19 virus testing.

4. **Certification:** These conditions have been explained to me and I certify that I understand their contents. I further certify that I consent to testing and consent to release of my COVID-19 virus test results to Lorain City Schools and federal/state/local governmental authorities, as permitted or required by law.

Student Signature _____ Date _____ Witness _____ Date _____

Signature of Person Authorized to Consent (if Student is under 18 years of age) _____ Date _____ Relationship _____

By initialing below, I authorize and consent to receive email message communications to my email address related to my current and/or prospective medical care at the following _____ (email address). Communications may include email messages related to my current and/or prospective medical care as provided by Bon Secours Mercy Health or its affiliates. Additionally, by initialing below, I authorize and consent to email communications related to laboratory outcomes of my COVID-19 test results.
Communications may come from Bon Secours Mercy Health or its affiliates and/or clinical providers. Standard message and data rates may apply. I may revoke this consent at any time and my consent is not required to receive medical care.

I consent [initials:_____] I do not consent [initials:_____]

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE LAS ESCUELAS DE LA CIUDAD DE LORAIN PARA LAS PRUEBA DE COVID-19**

¿Podemos dejar un mensaje?

_____ _____ ☐ Si ☐ No ____

Nombre del estudiante Teléfono celular Inicial

_____

Fecha de nacimiento - mm / dd / aaaa

_____ _____

Dirección Ciudad Estado Código Postal Teléfono de Casa

**Contacto de emergencia:**
**Nombre _____ Relación _____ Teléfono _____**

**1. Consentimiento para la prueba:** Doy mi consentimiento para la prueba del virus COVID-19 con el fin de permitir que las escuelas de la ciudad de Lorain evalúen si estoy actualmente infectado con el virus COVID-19.

**2. Divulgación de información:** Entiendo que BonSecours Mercy Health (BSMH) puede divulgar información médica y / o de tratamiento con respecto a los resultados de mis pruebas a las escuelas de la ciudad de Lorain. Por la presente autorizo el uso o divulgación de mi información médica como se describe en este formulario, incluso que mis resultados pueden ser compartidos con autoridades gubernamentales federales / estatales / locales, según lo permita o requiera la ley. Esta autorización vencerá un (1) año a partir de la fecha de mi firma a continuación. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, por escrito, enviando dicha notificación por escrito al **Oficial de Privacidad de BSMH, 1701 Mercy Health Place, Cincinnati, OH 45237.** Entiendo que una revocación no es efectiva en la medida en que BSMH ha tomado medidas basándose en esta autorización o si esta autorización se obtuvo como condición para obtener cobertura de seguro y la ley otorga a la aseguradora el derecho a impugnar un reclamo en virtud de la póliza o impugnar la póliza en sí. Entiendo que BSMH no condicionará mi tratamiento en si proporciono autorización para el uso solicitado o la divulgación si hacerlo estaría prohibido por la ley federal o estatal. Si existe una razón legal para condicionar mi tratamiento a obtener esta autorización, se me ha informado de ese hecho y de las consecuencias de negarme a firmar esta autorización. Entiendo que existe la posibilidad de que la información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización esté sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario si la ley no requiere que el destinatario proteja la privacidad de la información. Entiendo que recibiré una copia de esta autorización si la firmo.

**3. Acuerdo financiero:** Lorain City Schools remitirá el pago en mi nombre para cubrir todos los costos asociados con la prueba del virus COVID-19.

4. **Certificación**: Me han sido explicadas estas condiciones y certifico que entiendo su contenido. Además, certifico que doy mi consentimiento para las pruebas y doy mi consentimiento para la divulgación de los resultados de mi prueba del virus COVID-19 a las Escuelas de la Ciudad de Lorain y las autoridades gubernamentales federales / estatales / locales, según lo permita o requiera la ley.

_____ _____

Firma del estudiante Fecha Testigo Fecha

_____

Firma de la persona autorizada para dar su consentimiento (si el estudiante es menor de 18 años) Fecha Relación

Al poner mis iniciales a continuación, autorizo y consiento recibir comunicaciones por correo electrónico a mi dirección de correo electrónico relacionadas con mi atención médica actual y/o futura en el siguiente_____ (dirección de correo electrónico). Las comunicaciones pueden incluir mensajes de correo electrónico relacionados con mi atención médica actual y / o futura proporcionada por Bon Secours Mercy Health o sus afiliados. Además, al poner mis iniciales a continuación, autorizo y doy mi consentimiento para las comunicaciones por correo electrónico relacionadas con los resultados de laboratorio de mis resultados de la prueba COVID-19. Las comunicaciones pueden provenir de Bon Secours Mercy Health o sus afiliados y / o proveedores clínicos. Es posible que se apliquen tarifas estándar de mensajes y datos.

Puedo revocar este consentimiento en cualquier momento y no se requiere mi consentimiento para recibir atención médica.

Doy mi consentimiento [iniciales:_____] No doy mi consentimiento [iniciales:_____]

Ohio | Department of Health

# COVID-19 Questionnaire

**(circle your answer)**

COVID-19 has disproportionately impacted people of different ethnicities and age. In an effort to learn more about the virus, state law and CDC research and disease tracking guidelines require us to include the following questions using these specific categories.

1. **Is this your first COVID-19 test?** Yes No Unknown

2. **Are you employed in healthcare?** Yes No Unknown

3. **Are you symptomatic as defined by the CDC?** Yes No Unknown

   If yes, Date of Symptom onset: __ _ / __ _ /_ _ (mm/dd/yy)

4. **Have you recently been hospitalized?** Yes No Unknown

5. **Have you recently been in an ICU?** Yes No Unknown

6. **Have you been a resident in a congregate care setting?** Yes No Unknown
   (Including nursing homes, residential care for people with Intellectual and developmental disabilities, psychiatric treatment facilities group homes, board and care homes, homeless shelter, foster care or other setting)

7. **Are you pregnant?** Yes No Unknown

8. **What is your gender?** Male Female Other

**What is your ethnicity/race?**

____American Indian or Alaska Native
____Asian
____Black or African American
____Hispanic or Latino
____Native Hawaiian and Pacific Islander
____White
____Other

Ohio | Department of Health

# Cuestionario COVID-19

**(marque su respuesta con un círculo)**

COVID-19 ha afectado de manera desproporcionada a personas de diferentes etnias y edades. En un esfuerzo por aprender más sobre el virus, las leyes estatales y las pautas de investigación y seguimiento de enfermedades de los CDC requieren que incluyamos las siguientes preguntas usando estas categorías específicas.

1. ¿Es esta su primera prueba de COVID-19? Si No Desconocido

2. ¿Trabaja en el sector sanitario? Si No Desconocido

3. ¿Es usted symptoma como lo define el CDC? Si No Desconocido

   En caso afirmativo, fecha de inicio de los síntomas: ____/____/_____ (mm/dd/aa)

4. ¿Ha sido hospitalizado recientemente? Si No Desconocido

5. ¿Ha estado recientemente en una UCI? Si No Desconocido

6. ¿Ha sido residente de un centro de cuidado colectivo? Si No Desconocido

   (Incluyendo hogares de ancianos, atención residencial para personas con discapacidades intelectuales y del desarrollo, instalaciones de tratamiento psiquiátrico hogares grupales, hogares de pensión y cuidados, refugios para personas sin hogar, hogares de acogida u otros lugares)

7. ¿Estás embarazada? Si No Desconocido

8. ¿Cuál es tu género? Masculino Femenino Otro

9. ¿Cuál es su etnia / raza?

   _____Indio americano o de Alaska Nativa
   _____Asiático nativa
   _____Negro o Afroamericano
   _____Hispano o Latino
   _____Native Hawaiano e Isleño del Pacífico
   _____Blanco
   _____Otro

# Mercy Health Lorain

3700 Kolbe Road
Lorain, Ohio 44053

Ordering Provider: Malear, Kathleen, CNP

**Patient Name:** _____
(Last) (First) (MI)

**Address:** _____

**City:**_____ **State:**_____ **Zip Code**: _____

**Date of Birth:**_____ **Sex:** ☐**M** ☐**F** _____

**Race:**
☐**American Indian or Alaska Native (NAAM)** ☐**Asian (ASIAN)**
☐**Black or African American (AFAM)** ☐**Hispanic or Latino (HISP)**
☐**Native Hawaiian or Other Pacific Islander** ☐**White (WHITE)** ☐**Other** _____

**Collection Date:** _____/_____/_____ **Collection Time:** ____:____ **Collector:** _____
(First Initial and Full Last Name)

**Requested Test:** ☒ **ACOV (SARS-CoV-2,NAA)**

**Specimen Type (check one):**
**Anterior Nares (AN)** _____
**Nasopharyngeal (NP)** _____
**Oropharyngeal (OP)** _____

**Questions Required by ODH:**
1. First test **(Yes / No / Unknown)**
2. Employed in healthcare? **(Yes / No / Unknown)**
3. Symptomatic as defined by CDC? **Yes No**
4. Hospitalized? **Yes No**
5. ICU? **Yes No**
6. Resident in a congregate care setting (including nursing homes, residential care for people with intellectual and developmental disabilities, psychiatric treatment facilities, group homes, board and care homes, homeless shelter, foster care or other setting): **(Yes / No / Unknown)**
7. Pregnant? **(Yes / No / Unknown)**

**Collector Instructions:**

- **Collect specimen using the provided AN, NP or OP swab with saline media.**
- **Label media tube with full patient name and date of birth.**
- **Place labeled media tube with swab into small biohazard bag and seal, place corresponding requisition (this form) in pouch of biohazard bag.**

**Lab Use Only:**

- **Register in LIS only. EPIC registration not required. Ward**: LCLCS

MERCYHEALTH

Mercy Health Lorain
3700 Kolbe Road
Lorain, Ohio 44053

**Proveedor de Pedidos:** Malear, Kathleen, CNP

**Nombre del paciente:** _____
(Apellido) (Primer nombre) (Inicial del segundo nombre)

**Dirección:** _____

**Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

**Fecha de nacimiento:** _____ **Sexo:** ☐ **M** ☐ **H**

**Etnia / Raza:**
_____Indio americano o de Alaska Nativa
_____Asiático nativa
_____Negro o Afroamericano
_____Hispano o Latino
_____Native Hawaiano e Isleño del Pacífico
_____Blanco _____Otro

**Fecha de colección:** ___/___/_____ **Hora de recogida:** _____ **Coleccionista:** _____

**Prueba solicitada:** ☒ **ACOV (SARS-CoV-2,NAA)**

**Tipo de muestra (marque uno):**
**Narinas anteriores (AN)** _____
**Nasofaríngeas (NP)** _____
**Orofaríngeo (OP)** _____

**Preguntas requeridas por ODH**

**1.** Primera prueba **Sí No Desconocido**
**2.** ¿Empleado en el cuidado de la salud? **Sí No Desconocido**
**3.** ¿Sintomático según lo definido por los CDC? **Sí No**
**4.** ¿Hospitalizado? **Sí No**
**5.** ¿ICU? **Sí No**
**6.** Residente en un entorno de cuidado colectivo (incluidos hogares de ancianos, cuidado residencial para personas con discapacidades intelectuales y del desarrollo, instalaciones de tratamiento psiquiátrico, hogares grupales, hogares de pensión y cuidado, refugio para personas sin hogar, cuidado de crianza u otro entorno): **Sí No Desconocido**
**7.** ¿Embarazada? **Sí No Desconocido**

---

**Instrucciones para el coleccionista:**

- Recolecte la muestra usando el hisopo AN, NP u OP provisto con medio salino.
- Etiquete el tubo de medios con el nombre completo del paciente y la fecha de nacimiento.
- Coloque el tubo de medio etiquetado con el hisopo en una pequeña bolsa de riesgo biológico y séllela, coloque el pedido correspondiente (este formulario) en bolsa de bolsa de riesgo biológico.

**Solo para uso en laboratorio:**

- Regístrese solo en LIS. No se requiere registro EPIC. Distrito: LCLCS