



ANEXO VIII

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DEL TEST DE ANTÍGENO AL ALUMNADO PARTICIPANTE EN EL PROGRAMA DE INMERSIONES LINGÜÍSTICAS DE EXTREMADURA

Información para la familia:

El diagnóstico precoz y aislamiento de casos activos es una medida de salud pública eficaz para el control de la transmisión de COVID-19 con la finalidad de evitar el incremento del número de casos.

Como medida de prevención adicional a las ya establecidas, se establece desde esta Consejería la necesaria realización de un Test Diagnóstico de Antígenos como requisito indispensable para participar en el Programa de Inmersiones Lingüísticas. Dicha prueba será realizada por un sanitario cualificado justo antes de la incorporación del alumnado a la sede asignada. En caso de no autorizar dicha prueba, se entregará a los coordinadores responsables de la inmersión el resultado negativo de un Test de Antígenos realizado en una clínica o centro de salud en las 24 horas previas al inicio de la inmersión. Este requisito está supeditado a la evolución de la pandemia.

El Test diagnóstico de Antígenos se realiza a partir de una muestra de exudado nasofaríngeo que permite detectar un fragmento del material genético del virus. Para la toma de la muestra un profesional de enfermería introduce suavemente en las fosas nasales un bastoncillo fino y flexible.

No existen contraindicaciones absolutas para la toma de exudado nasofaríngeo. Las complicaciones que pudieran aparecer se deben a una lesión tisular local (hemorragia, dolor o malestar). El procedimiento puede inducir tos y estornudos, y en ocasiones vómitos (a causa de la irritación de la pared posterior de la faringe).

CONSENTIMIENTO:

D/Dña.....

(nombre y apellidos de la madre/padre/tutor legal), con DNI

en representación del menor

.....

(nombre y apellidos del menor), teléfono..... MANIFIESTO que he sido informado/a por escrito sobre los riesgos que supone la realización de la prueba de detección de Coronavirus (Test de Antígenos), he entendido y no tengo dudas sobre la realización de dicha prueba y doy mi

☐	CONSENTIMIENTO	☐	NO CONSENTIMIENTO
--------------------------	----------------	--------------------------	-------------------

marcar con una X la opción que proceda

Asimismo, quedo informado de que puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento, así como solicitar ulterior información.

En _____ a _____ de _____ de 2022

Fdo.: _____
(Padre/ Madre /Tutor/a legal)

Firmado por: SECRETARIO/A GENERAL DE EDUCACIÓN – Francisco Javier Amaya Flores
Fecha: 3/3/2022 7:54

Validez: Copia Electrónica Auténtica; Autoridad de certificación: FNMT-RCM
Certificado validado por la plataforma @firma.
Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.
Código de verificación: PFJE1646726486998
URL verificación: <http://sede.gobex.es/SEDE/csv/codSeguroVerificacion.jsf>

