

INSCRIPCIÓN PARA LA PRUEBA DE DETECCIÓN DEL COVID-19

Correo electrónico del padre/madre/apoderado:	Contraseña: Usted la configurará al momento de la inscripción y la necesitará para ingresar a la página web principal.
---	--

- Confirme su correo electrónico - FCPS le enviará un correo electrónico a la dirección que usted ingresó, pidiéndole que lo confirme. Busque dicho correo electrónico y ábralo. Haga clic en la palabra «Confirmation».

N° de ident. del alumno:	Nombre de la escuela:
Nombre del padre, madre o tutor legal	Apellido del padre, madre o tutor legal:

Nombre del alumno:	Apellido del alumno:
Dirección:	Número telefónico del padre/madre/tutor legal:
Sexo: Encierre uno en un círculo- Masculino Femenino No-binario	Fecha de nacimiento (DOB):
Raza del alumno:	Origen étnico del alumno:

Mi hijo/a es deportista (anote todos los deportes):

¿Tiene seguro médico? SÍ NO PREFIERO NO CONTESTAR

Información del seguro:	Nombre del proveedor de seguros:
ID del miembro asegurado / N° de póliza:	N° del Grupo asegurado:
Nombre del asegurado principal:	Fecha de nacimiento del asegurado principal (DOB):

Si no tiene seguro, anote su número de Seguro Social:

Prefiero no dar mi Número de Seguro Social

¿Cuántas de las vacunas contra el COVID-19 ha recibido el alumno? <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Una <input type="checkbox"/> Dos	Fecha de la 1. ^a dosis _____ Fecha de la 2. ^a dosis _____
--	--

Tenga presente: la información sobre la vacunación aquí ingresada no se actualizará en el Sistema de Información Estudiantil de FCPS. El padre, madre o tutor legal tendrá que compartir la información de vacunación del alumno directamente con la escuela donde se encuentra matriculado su hijo/a. Comuníquese con la escuela de su hijo/a para actualizar esta información.

- «Yo, el abajo firmante, he sido informado sobre el objetivo, los procedimientos y los posibles beneficios y riesgos de la prueba contra el COVID-19, y he recibido una copia de este Consentimiento Informado (ver documento adjunto). Me han dado la oportunidad de hacer preguntas antes de firmar, y me han dicho que puedo hacer más preguntas en cualquier momento. Voluntariamente autorizo esta prueba de detección del COVID-19.
- «Acepto la divulgación de mi información protegida según lo descrito en la autorización arriba indicada» (ver autorización adjunta).

Nombre del padre/madre/tutor legal en imprenta _____ Firma _____ Fecha _____