



CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE PDIA EN LOS CENTROS SOSTENIDOS CON FONDOS PÚBLICOS PARA DETECCIÓN Y SEGUIMIENTO DE CASOS POSIBLES DE COVID 19

A cumplimentar por la persona que va a serle realizada la **Prueba Diagnóstica de Infección Activa (PDIA) de COVID-19** según sea el caso:

- alumnado mayor de edad,
- padre, madre o tutor si el alumnado es menor de edad,
- trabajador/a del centro)

La prueba que va a realizarse es el **test rápido de detección de Antígeno**

Técnica de recogida de la muestra para realizar la PDIA

- Deberá colocarse con la cabeza ligeramente inclinada hacia atrás.
- Se le introducirá una torunda por una fosa nasal y luego por la otra. Puede realizarse también otra toma anterior en orofaringe con la misma torunda.
- El sanitario que le atiende introducirá la torunda en un contenedor adecuado para remitirlo al laboratorio y proceder al análisis de la muestra.

La realización de esta técnica no comporta ningún efecto secundario, excepto una leve molestia en la recogida de la misma. En un breve plazo estarán disponibles sus resultados.

Alumnado mayor de edad

D/Dña. (nombre y dos apellidos) _____
con DNI/NIE _____ Fecha de nacimiento _____
matriculado en (indicar enseñanza) _____ curso _____ en el centro
educativo _____ de la localidad de _____ provincia
de _____
Teléfono móvil _____ correo electrónico _____
Número de la tarjeta sanitaria SACYL/CIPA _____

Alumnado menor de edad

D/Dña. (nombre y dos apellidos) _____
con DNI/NIE _____, como padre/madre/tutor legal, del alumno/a (nombre y dos apellidos)

con DNI/NIE _____ Fecha de nacimiento _____
matriculado en (indicar enseñanza) _____ curso _____ en el centro
educativo _____ de la localidad de _____ provincia
de _____
Teléfono móvil _____ correo electrónico _____
Número de la tarjeta sanitaria SACYL/CIPA _____



Trabajador/a del centro

D/Dña. (nombre y dos apellidos) _____

con DNI/NIE _____ Fecha de nacimiento _____

con destino en el centro educativo _____ de la localidad
de _____ provincia de _____

como (indicar: docente, PAS, servicios) _____

Teléfono móvil _____ correo electrónico _____

Número de la tarjeta sanitaria SACYL/CIPA _____

Consiente en:

- Que se le realice la PDIA en el marco de las actuaciones a desarrollar en los centros sostenidos con fondos públicos para la detección y seguimiento de casos posibles de COVID 19.
- Que los resultados sean recogidos y comunicados por los Servicios de Prevención Cualtis/ Quironprevencion al Equipo COVID 19 de la dirección provincial de educación, y a la a la DG de Infraestructuras y Tecnologías de la Información de la Gerencia Regional de Salud.
- Que dichos servicios de prevención le puedan comunicar el resultado por vía telemática.
- Que los resultados sean comunicados por el Equipo COVID 19 de la dirección provincial de educación al centro educativo.
- Que si el resultado es positivo sea comunicado a la Sección de Epidemiología del Servicio Territorial de Sanidad correspondiente y al responsable del Área de Atención Primaria.

Los datos de carácter personal facilitados en este formulario serán tratados por la Dirección General de Centros, Planificación y Ordenación Educativa y por los encargados de tratamiento Cualtis y Quironprevencion con la finalidad de facilitar la prestación del servicio público educativo. El tratamiento de estos datos es necesario para el cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos. Sus datos no van a ser cedidos a terceros, salvo obligación legal. Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos recogidos en la información adicional.

Puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos en la Sede Electrónica www.tramitacastillayleon.jcyl.es y en el Portal de Educación www.educa.jcyl.es

Los Servicios de Prevención Cualtis y Quirónprevencion tratarán estos datos a los efectos de cumplir con lo establecido en el contrato que les vincula con la Consejería de Educación y las obligaciones legales en materia sanitaria, sin que puedan utilizarles para otro fin o realizar cesiones de los mismos, estando obligados a su destrucción cuando el citado contrato finalice su vigencia.

En _____ a _____ de _____ de 2020

Firma

(Alumno/padre/madre/tutor/trabajador)

Ejemplar para el Servicio de Prevención. Cualtis/Quirón-Prevención



CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE PDIA EN LOS CENTROS SOSTENIDOS CON FONDOS PÚBLICOS PARA DETECCIÓN Y SEGUIMIENTO DE CASOS POSIBLES DE COVID 19

A cumplimentar por la persona que va a serle realizada la **Prueba Diagnóstica de Infección Activa (PDIA) de COVID-19** según sea el caso:

- alumnado mayor de edad,
- padre, madre o tutor si el alumnado es menor de edad,
- trabajador/a del centro)

La prueba que va a realizarse es el **test rápido de detección de Antígeno**

Técnica de recogida de la muestra para realizar la PDIA

- Deberá colocarse con la cabeza ligeramente inclinada hacia atrás.
- Se le introducirá una torunda por una fosa nasal y luego por la otra. Puede realizarse también otra toma anterior en orofaringe con la misma torunda.
- El sanitario que le atienda introducirá la torunda en un contenedor adecuado para remitirlo al laboratorio y proceder al análisis de la muestra.

La realización de esta técnica no comporta ningún efecto secundario, excepto una leve molestia en la recogida de la misma. En un breve plazo estarán disponibles sus resultados.

Alumnado mayor de edad

D/Dña. (nombre y dos apellidos) _____

con DNI/NIE _____ Fecha de nacimiento _____

matriculado en (indicar enseñanza) _____ curso _____ en el centro
educativo _____ de la localidad de _____ provincia
de _____

Teléfono móvil _____ correo electrónico _____

Número de la tarjeta sanitaria SACYL/CIPA _____

Alumnado menor de edad

D/Dña. (nombre y dos apellidos) _____

con DNI/NIE _____, como padre/madre/tutor legal, del alumno/a (nombre y dos apellidos)

_____,

con DNI/NIE _____ Fecha de nacimiento _____

matriculado en (indicar enseñanza) _____ curso _____ en el centro
educativo _____ de la localidad de _____ provincia
de _____

Teléfono móvil _____ correo electrónico _____

Número de la tarjeta sanitaria SACYL/CIPA _____



Trabajador/a del centro

D/Dña. (nombre y dos apellidos) _____

con DNI/NIE _____ Fecha de nacimiento _____

con destino en el centro educativo _____ de la localidad
de _____ provincia de _____

como (indicar: docente, PAS, servicios) _____

Teléfono móvil _____ correo electrónico _____

Número de la tarjeta sanitaria SACYL/CIPA _____

Consiente en:

- Que se le realice la PDIA en el marco de las actuaciones a desarrollar en los centros sostenidos con fondos públicos para la detección y seguimiento de casos posibles de COVID 19.
- Que los resultados sean recogidos y comunicados por los Servicios de Prevención Cualtis/ Quironprevencion al Equipo COVID 19 de la dirección provincial de educación, y a la a la DG de Infraestructuras y Tecnologías de la Información de la Gerencia Regional de Salud.
- Que dichos servicios de prevención le puedan comunicar el resultado por vía telemática.
- Que los resultados sean comunicados por el Equipo COVID 19 de la dirección provincial de educación al centro educativo.
- Que si el resultado es positivo sea comunicado a la Sección de Epidemiología del Servicio Territorial de Sanidad correspondiente y al responsable del Área de Atención Primaria.

Los datos de carácter personal facilitados en este formulario serán tratados por la Dirección General de Centros, Planificación y Ordenación Educativa y por los encargados de tratamiento Cualtis y Quironprevencion con la finalidad de facilitar la prestación del servicio público educativo. El tratamiento de estos datos es necesario para el cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos. Sus datos no van a ser cedidos a terceros, salvo obligación legal. Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos recogidos en la información adicional.
Puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos en la Sede Electrónica www.tramitacastillayleon.jcyl.es y en el Portal de Educación www.educa.jcyl.es

Los Servicios de Prevención Cualtis y Quirónprevencion tratarán estos datos a los efectos de cumplir con lo establecido en el contrato que les vincula con la Consejería de Educación y las obligaciones legales en materia sanitaria, sin que puedan utilizarles para otro fin o realizar cesiones de los mismos, estando obligados a su destrucción cuando el citado contrato finalice su vigencia.

En _____ a _____ de _____ de 2020

Firma

(Alumno/padre/madre/tutor/trabajador)

**Ejemplar para el centro educativo. Remitir por correo electrónico al Equipo
COVID 19 de la DPE**



CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE PDIA EN LOS CENTROS SOSTENIDOS CON FONDOS PÚBLICOS PARA DETECCIÓN Y SEGUIMIENTO DE CASOS POSIBLES DE COVID 19

A cumplimentar por la persona que va a serle realizada la **Prueba Diagnóstica de Infección Activa (PDIA) de COVID-19** según sea el caso:

- alumnado mayor de edad,
- padre, madre o tutor si el alumnado es menor de edad,
- trabajador/a del centro)

La prueba que va a realizarse es el **test rápido de detección de Antígeno**

Técnica de recogida de la muestra para realizar la PDIA

- Deberá colocarse con la cabeza ligeramente inclinada hacia atrás.
- Se le introducirá una torunda por una fosa nasal y luego por la otra. Puede realizarse también otra toma anterior en orofaringe con la misma torunda.
- El sanitario que le atienda introducirá la torunda en un contenedor adecuado para remitirlo al laboratorio y proceder al análisis de la muestra.

La realización de esta técnica no comporta ningún efecto secundario, excepto una leve molestia en la recogida de la misma. En un breve plazo estarán disponibles sus resultados.

Alumnado mayor de edad

D/Dña. (nombre y dos apellidos) _____

con DNI/NIE _____ Fecha de nacimiento _____

matriculado en (indicar enseñanza) _____ curso _____ en el centro educativo _____ de la localidad de _____ provincia de _____

Teléfono móvil _____ correo electrónico _____

Número de la tarjeta sanitaria SACYL/CIPA _____

Alumnado menor de edad

D/Dña. (nombre y dos apellidos) _____

con DNI/NIE _____, como padre/madre/tutor legal, del alumno/a (nombre y dos apellidos) _____,

con DNI/NIE _____ Fecha de nacimiento _____

matriculado en (indicar enseñanza) _____ curso _____ en el centro educativo _____ de la localidad de _____ provincia de _____

Teléfono móvil _____ correo electrónico _____

Número de la tarjeta sanitaria SACYL/CIPA _____



Trabajador/a del centro

D/Dña. (nombre y dos apellidos) _____

con DNI/NIE _____ Fecha de nacimiento _____

con destino en el centro educativo _____ de la localidad
de _____ provincia de _____

como (indicar: docente, PAS, servicios) _____

Teléfono móvil _____ correo electrónico _____

Número de la tarjeta sanitaria SACYL/CIPA _____

Consiente en:

- Que se le realice la PDIA en el marco de las actuaciones a desarrollar en los centros sostenidos con fondos públicos para la detección y seguimiento de casos posibles de COVID 19.
- Que los resultados sean recogidos y comunicados por los Servicios de Prevención Cualtis/ Quironprevencion al Equipo COVID 19 de la dirección provincial de educación, y a la a la DG de Infraestructuras y Tecnologías de la Información de la Gerencia Regional de Salud.
- Que dichos servicios de prevención le puedan comunicar el resultado por vía telemática.
- Que los resultados sean comunicados por el Equipo COVID 19 de la dirección provincial de educación al centro educativo.
- Que si el resultado es positivo sea comunicado a la Sección de Epidemiología del Servicio Territorial de Sanidad correspondiente y al responsable del Área de Atención Primaria.

Los datos de carácter personal facilitados en este formulario serán tratados por la Dirección General de Centros, Planificación y Ordenación Educativa y por los encargados de tratamiento Cualtis y Quironprevencion con la finalidad de facilitar la prestación del servicio público educativo. El tratamiento de estos datos es necesario para el cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos. Sus datos no van a ser cedidos a terceros, salvo obligación legal. Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos recogidos en la información adicional.

Puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos en la Sede Electrónica www.tramitacastillayleon.jcyl.es y en el Portal de Educación www.educa.jcyl.es

Los Servicios de Prevención Cualtis y Quirónprevencion tratarán estos datos a los efectos de cumplir con lo establecido en el contrato que les vincula con la Consejería de Educación y las obligaciones legales en materia sanitaria, sin que puedan utilizarles para otro fin o realizar cesiones de los mismos, estando obligados a su destrucción cuando el citado contrato finalice su vigencia.

En _____ a _____ de _____ de 2020

Firma

(Alumno/padre/madre/tutor/trabajador)

Ejemplar para el interesado/a
