

**LOS ANGELES UNIFIED SCHOOL DISTRICT  
INFORMED CONSENT FOR COVID-19 PERIODIC TESTING FOR HYBRID INSTRUCTION**

Individual Tested Name-Last	First	Middle
Date of Birth (mm/dd/yyyy)	Grade	Home Phone
Name of School		Parent/Legal Guardian Emergency Phone Number

**Please carefully read the following informed consent:**

1. I, on behalf of myself or my minor son/daughter/legal dependent (the “student”), have previously provided informed consent for Los Angeles Unified School District (hereinafter “LAUSD”) and/or an independent laboratory acting on LAUSD’s behalf to conduct collection and testing for exposure to the 2019 Novel Corona Virus (COVID-19).
2. I understand that the District incorporates COVID-19 testing into regular school operations, and as part of the Return to School will provide periodic testing at school during the school day at a designated prearranged time for both morning and afternoon cohorts.
3. I acknowledge that testing will initially be provided on a weekly basis to all students in hybrid instruction, subject to adjustments in frequency based on public health guidance and community prevalence.
4. I acknowledge that each minor child for whom I have previously provided consent to testing can be tested for COVID-19 during school hours without my presence, when they participate in hybrid instruction.
5. By signing this form, I acknowledge that the previous informed consent I provided for COVID-19 testing for the student will apply to the periodic testing described herein. That form is hereby incorporated as though fully set forth herein.

**ACCEPTANCE**

I, the undersigned, hereby consent to the student participating in periodic COVID-19 testing as set forth herein.

Signature	Relationship to student	Date (mm/dd/yyyy)
Address		Telephone
Signature verified by ( <b>OFFICE USE ONLY</b> )		Date (mm/dd/yyyy)

**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE LOS ÁNGELES**  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS PRUEBAS PERIÓDICAS DE COVID-19**  
**PARA LA INSTRUCCIÓN HÍBRIDA**

Apellido del Individuo que Recibió la Prueba	Nombre	Segundo Nombre
Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)	Grado	Teléfono del hogar:
Nombre de la Escuela	Núm. de Teléfono de Emergencia del Padre, Madre o Tutor Legal	

**Por favor lea cuidadosamente la información del consentimiento informado que aparece a continuación:**

- Yo, a nombre mío, o a nombre de mi hijo, hija, o dependiente legal, (el “estudiante”), he proporcionado previamente mi consentimiento informado al Distrito Escolar Unificado de Los Ángeles (en lo sucesivo el “LAUSD”) y/o a un laboratorio independiente que desempeña funciones a nombre del LAUSD, a llevar a cabo la toma de una muestra y prueba para determinar si una persona estuvo en contacto con el nuevo Corona Virus de 2019 (COVID-19).
- Entiendo que el Distrito incorpora las pruebas COVID-19 en las operaciones escolares habituales, y como parte del Regreso a la Escuela proporcionará pruebas periódicas en el plantel educativo durante el día escolar a una hora designada previamente para las cohortes de la mañana y de la tarde.
- Reconozco que las pruebas se proporcionarán inicialmente de forma semanal a todos los estudiantes en la instrucción híbrida, sujeto a ajustes en la frecuencia basada en la orientación de la salud pública y la prevalencia del virus en la comunidad.
- Reconozco que cada hijo menor de edad para el que he proporcionado previamente el consentimiento para la prueba puede participar en la toma de prueba COVID-19 durante el horario escolar sin mi presencia, mientras participen en la instrucción híbrida.
- Al firmar este formulario, yo reconozco que el anterior consentimiento informado que proporcioné para las pruebas de COVID-19 para el estudiante se aplicará a las pruebas periódicas descritas en este documento. Dicho formulario se agrega al presente documento para incorporarlo íntegramente al mismo.

**ACEPTACIÓN**

Yo, el abajo firmante, por la presente doy mi consentimiento para que el estudiante participe en las pruebas periódicas para COVID-19 como se establece en el presente documento.

Firma	Relación con el Estudiante	Fecha (mm/dd/aaaa)
Domicilio	Teléfono	
Firma verificada por ( <b>SÓLO PARA USO OFICIAL</b> )	Fecha (mm/dd/aaaa)	