

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

- o Deberá colocarse con la cabeza ligeramente inclinada hacia atrás.
- o Se le introducirá una torunda por una fosa nasal y luego por la otra. Puede realizarse tambien otra toma anterior en orofaringe con la misma torunda.
- o 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

con DNI/NIE	Fecha de naci				
matriculado en (indicar enseñanza					en el centro
educativo					provincia
de					
Teléfono móvil		correo e	lectróni	co	
Número de la tarjeta sanitaria SACYL	/CIPA				
Alumnado menor de edad					
manimado monor do odda					
D/Dña. (nombre y dos apellidos)					
D/Dña. (nombre y dos apellidos) con DNI/NIE	, como	padre/madre/tuto	or legal,	, del alumno/a (r	
D/Dña. (nombre y dos apellidos) con DNI/NIE con DNI/NIE	, como	padre/madre/tuto	or legal,	, del alumno/a (r	nombre y dos apellidos
D/Dña. (nombre y dos apellidos) con DNI/NIE con DNI/NIE_ matriculado en (indicar enseñanza	Fecha de naci	padre/madre/tuto	or legal,	, del alumno/a (r	nombre y dos apellidos , en el centro
D/Dña. (nombre y dos apellidos) con DNI/NIE con DNI/NIE_ matriculado en (indicar enseñanza educativo_	Fecha de naci	padre/madre/tuto	or legal,	, del alumno/a (r	nombre y dos apellidos , en el centro
D/Dña. (nombre y dos apellidos) con DNI/NIE con DNI/NIE matriculado en (indicar enseñanza educativo de Teléfono móvil	Fecha de naci	padre/madre/tuto imiento de la localidad d	or legal, cur de	, del alumno/a (r	nombre y dos apellidos , en el centro provincia
D/Dña. (nombre y dos apellidos) con DNI/NIE con DNI/NIE matriculado en (indicar enseñanza educativo de Teléfono móvil	Fecha de naci	padre/madre/tuto imiento de la localidad o	or legal,cur de	, del alumno/a (r	nombre y dos apellidos , en el centro provincia
D/Dña. (nombre y dos apellidos) con DNI/NIE con DNI/NIE_ matriculado en (indicar enseñanza educativo de	Fecha de naci	padre/madre/tuto imiento de la localidad o	or legal,cur de	, del alumno/a (r	nombre y dos apellidos , en el centro provincia



ntro			
			de la localidad
ite, PAS, servicios)			
	correo ele	ectrónico	
sanitaria SACYL/CIPA			
	Consiente en:		
ra la detección y seguin resultados sean reccencion al Equipo CON uras y Tecnologías de la servicios de prevención sultados sean comunica ativo. esultado es positivo se respondiente y al resp	miento de casos posibles de ogidos y comunicados VID 19 de la dirección pla Información de la Gereno n le puedan comunicar el reados por el Equipo COVID ea comunicado a la Seccionsable del Área de Atencionalis y Quironprevencipo con la ario para el cumplimiento de una terceros, salvo obligación legal. a sobre protección de datos en la encion tratarán estos datos a los encion tratarán estos datos a los encions de considerados en la encion tratarán estos datos a los encions de considerados en la encion tratarán estos datos a los encions de considerados encions	e COVID 19. por los Servicios de Forovincial de educación, y cia Regional de Salud. esultado por vía telemática. D 19 de la dirección provinción de Epidemiología del Seón Primaria. rección General de Centros, Plan a finalidad de facilitar la prestació a misión realizada en interés pública de Sede Electrónica www.tramitaca efectos de cumplir con lo establecinitaria, sin que puedan utilizarles	Prevención Cualtis/ r a la a la DG de cial de educación al ervicio Territorial de dificación y Ordenación on del servicio público ico o en el ejercicio de ar y suprimir los datos, astillayleon.jcyl.es y en cido en el contrato que
<u> </u>		· ·	e 2020
a	ue	u	6 2020
e/tutor/trabajador)			
a el Servicio (de Prevención. C	Cualtis/Quirón-Pr	evención
	ealice la PDIA en el mara la detección y seguiresultados sean comunicativo. resultados sean comunicativo. resultados sean comunicativo. resultado es positivo s rrespondiente y al respondiente y al respondien	recha de nacimiento el centro educativo provincia de nte, PAS, servicios) correo ele sanitaria SACYL/CIPA Consiente en: ealice la PDIA en el marco de las actuaciones a de ra la detección y seguimiento de casos posibles de resultados sean recogidos y comunicados encion al Equipo COVID 19 de la dirección puras y Tecnologías de la Información de la Gerence servicios de prevención le puedan comunicar el resultados sean comunicados por el Equipo COVID sativo. esultado es positivo sea comunicado a la Seccion respondiente y al responsable del Área de Atencionersonal facilitados en este formulario serán tratados por la Di cargados de tratamiento Cualtis y Quironprevencipn con la concepto de estos datos es necesario para el cumplimiento de una latos no van a ser cedidos a terceros, salvo obligación legal. se recogidos en la información adicional. remación adicional y detallada sobre protección de datos en la www.educa.jcyl.es nción Cualtis y Quirónprevencion tratarán estos datos a los ejería de Educación y las obligaciones legales en matería sa ejería de Educación y las obligaciones legales en matería sa ejería de Educación y las obligaciones legales en matería sa estando obligados a su destrucción cuando el citado contratival. a	recentro educativo



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

- o Deberá colocarse con la cabeza ligeramente inclinada hacia atrás.
- o Se le introducirá una torunda por una fosa nasal y luego por la otra. Puede realizarse tambien otra toma anterior en orofaringe con la misma torunda.
- o 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							
matriculado en (indicar enseñanza)				_ curso	en el cent	ro
educativo	de	la	localidad	de		provinc	ia
de	•						
Teléfono móvil			correo e	lectróni	co		
Número de la tarjeta sanitaria SACYL	/CIPA						
Alumnado menor de edad							
D/Dña. (nombre y dos apellidos)							_
con DNI/NIE							s)
con DNI/NIE	Fecha de n	acimie					_,
matriculado en (indicar enseñanza)			cui	rso	en el cent	irc
educativo		_ de l	a localidad o	de		provinc	ia
de							
Teléfono móvil			correo e	lectróni	co		
Número de la tarjeta sanitaria SACYL	/CIPA						



	Trabajauotra ue	i Cellilo		
D/Dña. (nombre y dos apell	idos)			
con DNI/NIE	Fecha de	e nacimiento		
con destino en el ce	ntro educativo			_ de la localidad
de		provincia de		
como (indicar: docente, PAS	S, servicios)			
Teléfono móvil		correo elec	trónico	
Número de la tarjeta sanitar	ia SACYL/CIPA			
		Consiente en:		
 Que los resultad Qurionprevencion Infraestructuras y Que dichos servici Que los resultados centro educativo. Que si el resultad Sanidad correspor 	dos sean recogid al Equipo COVID Fecnologías de la In os de prevención le s sean comunicado o es positivo sea o diente y al responsa	19 de la dirección proformación de la Gerenci puedan comunicar el res s por el Equipo COVID comunicado a la Secció able del Área de Atenció	por los Servicios de rovincial de educación, a Regional de Salud. sultado por vía telemática 19 de la dirección provir n de Epidemiología del Son Primaria.	y a la a la DG de a. ncial de educación al Servicio Territorial de
Los datos de carácter personal fa Educativa y por los encargados educativo. El tratamiento de est poderes públicos. Sus datos no así como otros derechos recogid Puede consultar la información el Portal de Educación www.edu Los Servicios de Prevención Cu les vincula con la Consejería de cesiones de los mismos, estando	s de tratamiento Cualtis os datos es necesario para a ser cedidos a tercios en la información adiadicional y detallada solo ca.jcyl.es altis y Quirónprevencion Educación y las obligados	s y Quironprevencipn con la para el cumplimiento de una eros, salvo obligación legal. T cional. bre protección de datos en la n tratarán estos datos a los ef ciones legales en materia san	finalidad de facilitar la prestac misión realizada en interés pú iene derecho a acceder, rectifi Sede Electrónica www.tramita fectos de cumplir con lo establ- itaria, sin que puedan utilizarle	ción del servicio público blico o en el ejercicio de icar y suprimir los datos, castillayleon.jcyl.es y en ecido en el contrato que
F	_	4-		4- 0000
En	a	ae		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

- o Deberá colocarse con la cabeza ligeramente inclinada hacia atrás.
- o Se le introducirá una torunda por una fosa nasal y luego por la otra. Puede realizarse tambien otra toma anterior en orofaringe con la misma torunda.
- o 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

con DNI/NIE	Fecha de naci				
matriculado en (indicar enseñanza					en el centro
educativo					provincia
de					
Teléfono móvil		correo e	lectróni	co	
Número de la tarjeta sanitaria SACYL	/CIPA				
Alumnado menor de edad					
manimado monor do odda					
D/Dña. (nombre y dos apellidos)					
D/Dña. (nombre y dos apellidos) con DNI/NIE	, como	padre/madre/tuto	or legal,	, del alumno/a (r	
D/Dña. (nombre y dos apellidos) con DNI/NIE con DNI/NIE	, como	padre/madre/tuto	or legal,	, del alumno/a (r	nombre y dos apellidos
D/Dña. (nombre y dos apellidos) con DNI/NIE con DNI/NIE_ matriculado en (indicar enseñanza	Fecha de naci	padre/madre/tuto	or legal,	, del alumno/a (r	nombre y dos apellidos , en el centro
D/Dña. (nombre y dos apellidos) con DNI/NIE con DNI/NIE_ matriculado en (indicar enseñanza educativo_	Fecha de naci	padre/madre/tuto	or legal,	, del alumno/a (r	nombre y dos apellidos , en el centro
D/Dña. (nombre y dos apellidos) con DNI/NIE con DNI/NIE matriculado en (indicar enseñanza educativo de Teléfono móvil	Fecha de naci	padre/madre/tuto imiento de la localidad d	or legal, cur de	, del alumno/a (r	nombre y dos apellidos , en el centro provincia
D/Dña. (nombre y dos apellidos) con DNI/NIE con DNI/NIE matriculado en (indicar enseñanza educativo de Teléfono móvil	Fecha de naci	padre/madre/tuto imiento de la localidad o	or legal,cur de	, del alumno/a (r	nombre y dos apellidos , en el centro provincia
D/Dña. (nombre y dos apellidos) con DNI/NIE con DNI/NIE_ matriculado en (indicar enseñanza educativo de	Fecha de naci	padre/madre/tuto imiento de la localidad o	or legal,cur de	, del alumno/a (r	nombre y dos apellidos , en el centro provincia



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 so públicos para la detección y seguimiento de casos posibles de COVID 19. Que los resultados sean recogidos y comunicados por los Servicios de Qurionprevencion al Equipo COVID 19 de la dirección provincial de educación, 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 provin centro educativo. Que si el resultado es positivo sea comunicado a la Sección de Epidemiología del S 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, Pla 	Preve y a l i. cial d Servici	nció a a e ed o Te	n Cualtis/ la DG de ucación al erritorial de
Educativa y por los encargados de tratamiento Cualtis y Quironprevencipn con la finalidad de facilitar la prestac educativo. El tratamiento de estos datos es necesario para el cumplimiento de una misión realizada en interés púb poderes públicos. Sus datos no van a ser cedidos a terceros, salvo obligación legal. Tiene derecho a acceder, rectifica 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.tramitac 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 estable les vincula con la Consejería de Educación y las obligaciones legales en materia sanitaria, sin que puedan utilizarles cesiones de los mismos, estando obligados a su destrucción cuando el citado contrato finalice su vigencia.	ión del olico o e car y su castillay ecido er	servi en el e primi leon.j	cio público ejercicio de r los datos, icyl.es y en ontrato que
Enade	de 202	20	
Firma (Alumno/padre/madre/tutor/trabajador)			
Ejemplar para el interesado/a			