**COVID-19 Formulario De Consentimiento de los Padres**
**(Imprima en el membrete del centro/del programa de cuidado infantil)**

Confirmo que soy \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ el padre/tutor legal de
(*Imprimir nombre de padre/tutor)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Nombre Del Niño Inscrito Fecha De Nacimiento

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Nombre Del Niño Inscrito Fecha De Nacimiento

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Nombre Del Niño Inscrito Fecha De Nacimiento

Doy mi consentimiento para permitir que [NOMBRE DEL PROGRAMA INFANTIL] comparta con el Departamento de Salud de Nuevo México el nombre, la fecha de nacimiento de mi hijo y el hecho de que mi hijo asiste a esta instalación/programa solo con el propósito de probar y rastrear contactos y limitar y controlar la propagación de COVID-19 en nuestras comunidades.

*(Iniciales)* \_\_\_\_\_Consiento \_\_\_\_\_Niego a dar mi consentimiento

Doy mi consentimiento para permitir que DOH realice el rastreo de contactos

*(Iniciales)* \_\_\_\_\_Consiento \_\_\_\_\_Niego a dar mi consentimiento

Doy mi consentimiento a que le hagan a mi hijo la prueba en las próximas 48 horas\*

*(Iniciales)* \_\_\_\_\_Consiento \_\_\_\_\_Niego a dar mi consentimiento

 *Usted tiene el derecho de rechazar esta autorización, y su hijo no será dado de baja de este programa. Sin embargo, debido a nuestros Procedimientos de Emergencia de Salud, si su hijo fue un contacto cercano con el caso positivo no se les permitirá asistir a este centro de cuidado infantil o a cualquier otro centro de cuidado infantil durante 14 días a partir de la última fecha de contacto con el caso positivo.*

Reconozco que, si mi hijo tuvo contacto cercano con el caso positivo, mi hijo debe ser excluido de este centro y de cualquier otro centro de cuidado infantil por un período de cuarentena de 14 días *(iniciales)* \_\_\_\_\_\_.

Nombre: *(imprimir) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación con el niño/niños*

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de teléfono móvil del padre/tutor. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_