



IRVINGTON PUBLIC SCHOOLS  
Office of the Superintendent

*Dr. April Vauss*  
*Superintendent of Schools*

One University Place Irvington, New Jersey 07111  
(973) 399-6800 x 2110 (973) 372-3724 fax

Formulario de consentimiento de los padres /tutores para la prueba Covid-19  
(estudiantes de 16 años en adelante)

Nombre completo del estudiante: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_

Calificación/Grado: \_\_\_\_\_

Información del padre / tutor

Nombre completo del padre / tutor: \_\_\_\_\_

Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_

Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Titular/Titulado de la póliza de seguro: \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Número de identificación del seguro: \_\_\_\_\_

Mi hijo no tiene seguro

Sí, doy el consentimiento paternal / tutor para que mi hijo (de 16 años o más) sea evaluado (administrado la prueba Covid-19) por la Junta de Educación de Irvington en mi ausencia. Entiendo que esto permite que mi hijo (16 años o más) sea evaluado (administrado la prueba Covid-19) en el sitio de pruebas designado por la Junta de Educación de Irvington y la presentación (revelación) personal de los resultados del examen al distrito.

Entiendo que los resultados de las pruebas de mi hijo y otra información pueden divulgarse según lo permita la ley. Entiendo que si soy un estudiante de 18 años o más, puedo dar mi consentimiento legal para mi propia atención médica, las referencias a "mi hijo" se refieren a mí y puedo firmar este formulario en mi propio nombre.

Firma del padre / tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (si el niño es menor de 18 años)



IRVINGTON PUBLIC SCHOOLS  
Office of the Superintendent

---

*Dr. April Vauss*  
*Superintendent of Schools*

**One University Place** Irvington, New Jersey 07111  
(973) 399-6800 x 2110 (973) 372-3724 fax

Firma del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha:  
\_\_\_\_\_ (si tiene 18 años o más 0 está autorizado para dar su  
consentimiento)