



EVERLYWELL COVID-19 TESTING PERMISSION FORM

Student Name: _____

Student Birthdate: _____

School: _____

Parent/Guardian Name(s): _____

Cascade School District has collaborated with the Washington State Department of Health to be able to offer free asymptomatic COVID-19 testing to high school students. For a student who is 16 or older, the student may self-administer this test or may have the test administered by a school nurse via a simple, painless procedure using a nasal swab from an [Everlywell COVID-19 Home Collection Kit](#). For a student who is under 16, the testing would be initiated by one of the school nurses.

These asymptomatic tests would be analyzed by Everlywell. Students who self-administer the test would receive their results directly from Everlywell. Other students' results would go to the school nurses and the school nurses would inform families of any positive results.

You are entitled to keep certain information about your child's health and education private. This form allows you to grant third-party access to your child's protected information that otherwise may not be permitted.

By signing below, you authorize Everlywell to release the results of your child's COVID-19 test results to Cascade School District. This information will be used for the purpose of addressing the health and safety of students and staff through medical surveillance of COVID-19 cases in our high school.

By signing below, you also authorize your child to participate in Everlywell asymptomatic COVID testing weekly. This test may be self-administered by my child if my child is 16 or over; otherwise, it will be administered by a school nurse. By signing below you also authorize the School District to have Everlywell process and analyze the test. You further authorize the School District to share your child's birthdate to Everlywell for identification purposes. Finally, you understand that per the Washington State Department of Health, a student with COVID-19 or COVID-19 symptoms cannot attend school onsite.

By signing below, you affirm that you have the legal authority to determine who may receive the protected health and education information pertaining to the student.

| | | | |
|---------------------------|-------|-------------------------------------|-------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| Parent/Guardian Signature | Date | Student (age 18 or older) Signature | Date |

| | |
|--------------|--------------|
| _____ | _____ |
| Printed Name | Printed Name |

Received at CSD on _____.



FORMULARIO DE PERMISO DE PRUEBA EVERLYWELL COVID-19

Nombre del Estudiante: _____

Fecha de Nacimiento del Estudiante: _____

Escuela: _____

Nombre de los Padres: _____

El Distrito Escolar de Cascade ha colaborado con el Departamento de Salud del Estado de Washington para poder ofrecer pruebas gratuitas de COVID-19 asintomáticas a estudiantes de la preparatoria. Para los estudiante de 16 años o más, el estudiante puede autoadministrarse esta prueba o la enfermera escolar puede administra la prueba a través de un procedimiento simple y sin dolor usando un hisopo nasal de un kit [Everlywell COVID-19 Home Collection Kit](#). Para un estudiante menor de 16 años, la prueba será administrada por una de las enfermeras escolares.

Estas pruebas asintomáticas serán analizadas por Everlywell. Los estudiantes que se autoadministran la prueba recibirán sus resultados directamente de Everlywell. Los resultados de los otros estudiantes serán enviados a las enfermeras escolares y las enfermeras de la escuela informarían a las familias de cualquier resultado positivo.

Tiene el derecho a mantener cierta información en privado sobre la salud y la educación de su hijo(a). Este formulario le permite otorgar acceso a terceros a la información protegida de su hijo(a) que de otro modo no estaría permitido el acceso.

Al firmar en la parte de abajo, usted autoriza a Everlywell a compartir los resultados de la prueba COVID-19 de su hijo(a) con el Distrito Escolar Cascade. Esta información se utilizará con el propósito de dar seguimiento la salud y seguridad de los estudiantes y el personal a través de la vigilancia médica de los casos de COVID-19 en nuestra escuela secundaria.

Al firmar en la parte de abajo, también autoriza a su hijo(a) a participar semanalmente en las pruebas de COVID asintomáticas de Everlywell. Esta prueba puede ser autoadministrada por mi hijo(a) si mi hijo(a) tiene 16 años o más; de lo contrario, será administrado por una enfermera escolar. Al firmar en la parte de abajo, también autoriza al Distrito Escolar a que Everlywell procese y analice la prueba. Además, autoriza al Distrito Escolar a compartir la fecha de nacimiento de su hijo(a) con Everlywell para fines de identificación. Finalmente, usted comprende que, de acuerdo con el Departamento de Salud del Estado de Washington, un estudiante con síntomas de COVID-19 o COVID-19 no puede asistir a la escuela en persona.

Al firmar en la parte de abajo, usted afirma que tiene la autoridad legal para determinar quién puede recibir la información protegida de salud y educación perteneciente al estudiante.

| | | | |
|---------------------|-------|--|-------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| Firma de los Padres | Fecha | Firma del Estudiante (si tiene 18 o mayor) | Fecha |

| | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| _____ | _____ |
| Escribir su nombre con letra de molde | Escribir su nombre con letra de molde |

Received at CSD on _____.