Prueba de COVID-19: Consentimiento Informado

Por favor lea con atención y firme el siguiente Consentimiento Informado:

- a. Autorizo a esta unidad de prueba de COVID-19 a realizar el muestreo y la prueba de COVID-19 mediante un frotis nasal.
- b. Autorizo que los resultados de mis pruebas se divulguen al condado, estado o a cualquier otra entidad gubernamental según lo exija la ley.
- c. Acepto que los resultados de mis pruebas se entreguen por correo electrónico cifrado.
- d. Acepto que un resultado positivo de la prueba es una indicación de que debo autoaislarme y/o usar una mascarilla o una cubierta facial como está indicado, en un esfuerzo por evitar infectar a otros.
- e. Entiendo que la unidad de pruebas no está actuando como mi proveedor médico, esta prueba no reemplaza el tratamiento de mi proveedor médico, y asumo la responsabilidad total y completa de tomar las medidas apropiadas con respecto a los resultados de mi prueba. Estoy de acuerdo en buscar consejo médico, atención y tratamiento de mi proveedor médico si tengo preguntas o preocupaciones, o si mi condición empeora.
- f. Entiendo que, como con cualquier prueba médica, existe la posibilidad de un resultado falso positivo o falso negativo de COVID-19.

Yo, el abajo firmante, he sido informado sobre el propósito de la prueba, los procedimientos, los posibles beneficios y los riesgos. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas antes de firmar, y se me ha informado de que puedo hacer preguntas adicionales en cualquier momento. Yo acepto voluntariamente esta prueba para COVID-19.

Fecha

Nombre

Apellido

FIRMA

Persona para la que usted es tutor legal (si corresponde)