Edinger Urgent Care

Consentimiento Informado Para La Prueba COVID-19

COVID-19 PCR Nasal Swab

Se está dando este Formulario de Consentimiento porque su(s) muestra(s) serán probadas para la Enfermedad de Coronavirus 2019 (COVID-19) utilizando el Panel de Diagnóstico RT-PCR en Tiempo Real de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Esta es una prueba basada en laboratorio que tomará entre 24-72 horas para obtener resultados. Esta prueba se recomienda si usted está teniendo síntomas como tos, fiebre, pérdida de sabor y olor o si no está experimentando síntomas pero ha estado expuesto a alguien que dio positivo. Esta prueba es necesaria para aquellos que viajan.

COVID-19 Antigen Nasal Swab (RAPID TEST)

El sistema BD Veritor™ para la detección rápida de SARS-CoV-2 es un inmunoensayo cromatográfico para la detección directa y cualitativa de antígenos SARS-CoV-2 en hisopos nasales de pacientes con signos y síntomas sospechosos de COVID-19. Un resultado positivo es muy preciso, pero un resultado negativo no descarta la infección. Los resultados se informan dentro de una hora para usted.

Reconocimientos

1. Autorizo al personal de Edinger Urgent Care a recoger muestras para pruebas COVID-19
2. Autorizo que los resultados de mis pruebas sean revelados al Departamento de Salud del Condado o del Estado cuando sea requerido por la ley
3. Reconozco que una prueba COVID positiva es una indicación de que debo autoaislarme y/o usar una máscara o una cubierta facial para evitar infectar a otros.
4. Entiendo que, como con cualquier prueba médica, existe la posibilidad de inexactitud, de informar de un resultado positivo cuando en realidad fue negativo o viceversa.
5. Entiendo que la prueba no reemplaza el tratamiento por un proveedor médico. Estoy de acuerdo en que buscaré atención médica o tratamiento si tengo preocupaciones adicionales o si mi condición empeora, independientemente de los resultados de la prueba
6. Doy mi consentimiento para permitir que Edinger Urgent Care envíe los resultados de mis pruebas COVID-19 a la dirección de correo electrónico documentada a continuación.

Para los empleados enviados por su empleador sólo

Yo doy mi autorizacion a Edinger Urgent Care a divulgar mis resultados de la prueba

COVID-19 mis empleador **Iniciales**: _____

Prueba a realizar: ◯ **COVID Nasal PCR** ◯ **COVID Antígeno Rápido**

He leído, entiendo y reconozco todo lo anterior:

Firma/Consentimiento del Paciente: _____DOB:____/_____/_____

Nombre: _____ Apellido: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____Estsado: _____CÓDIGO POSTAL_____

Teléfono: _____Fecha cuando empezaron los sintomas: _____

Síntomas: _____ Occupacion: _____

Correo electrónico: _____