

CONSENTIMIENTO PARA PRUEBAS DEL NUEVO CORONAVIRUS (COVID-19) EN EL PACIENTE

Información del paciente

Todos los campos marcados con * deben ser completados.

Primer nombre*: _____ Apellido*: _____
Fecha de nacimiento MM/DD/AAAA*: ____/____/_____
Número de teléfono*: _____
Ingrese el número de teléfono para resultados*: _____

Información de contacto para Emergencias o del Tutor

Primer nombre*: _____ Apellido*: _____
Número de teléfono*: _____
Ingresar el número de teléfono para resultados*: _____

Consentimiento para pruebas del nuevo coronavirus (COVID-19)

Por medio de mi firma comprendo, acepto, certifico y autorizo lo siguiente:

- 1) Soy el paciente mencionado arriba.
- 2) Autorizo a [el Establecimiento], en adelante, "el Establecimiento", a recolectar un espécimen para pruebas de COVID-19.
- 3) Entiendo el procedimiento de recolección nasofaríngea y los posibles riesgos:
 - Se inserta un aplicador delgado con punta de algodón profundamente en los conductos nasales
 - La prueba puede ser incómoda y puede provocar tos y estornudos
 - Puede haber un poco de sangrado después de la recolección, pero no se prevé que esto ocurra
 - Si no se obtiene un hisopado profundo, los resultados de la prueba pueden ser imprecisos
- 4) El Establecimiento recolectará el espécimen y lo enviará a _____ para análisis de laboratorio e informe de mi espécimen. Autorizo a _____ a realizar la prueba.
- 5) Entiendo que la prueba de COVID-19 no es 100% precisa, no se puede utilizar para descartar una infección, y que una prueba negativa no excluye la presencia de COVID-19.
- 6) Entiendo que los resultados están generalmente disponibles dentro de las 48-72 horas, pero que puede demorar más debido al volumen que tenga el laboratorio y a los tiempos de procesamiento.

Esta obra se encuentra bajo la Licencia Internacional 4.0 de Creative Commons Attribution-NoDerivatives. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>

Esta política y procedimiento no tiene la finalidad de reemplazar el criterio informado de médicos, enfermeros u otros profesionales médicos individuales, ni tiene la finalidad de ser una declaración de estándares comunitarios predominantes o estándares de práctica mínimos. Es un método y una técnica sugeridos para lograr una atención médica óptima, y no un estándar mínimo por debajo del cual los residentes serían necesariamente colocados en riesgo.

7) Entiendo que _____ se pondrá en contacto conmigo únicamente mediante el número proporcionado en este consentimiento, ya sea que el resultado sea positivo o negativo. Los resultados positivos de COVID-19 son informados al Departamento de Salud de _____.

8) Entiendo que los resultados de las pruebas serán enviados a _____ y reenviados a _____ para fines de recolección de datos.

9) Entiendo que el Establecimiento no asume ninguna responsabilidad por la administración de las pruebas.

Firma del paciente: _____

Fecha de la firma: _____

Esta obra se encuentra bajo la Licencia Internacional 4.0 de Creative Commons Attribution-NoDerivatives. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>

Esta política y procedimiento no tiene la finalidad de reemplazar el criterio informado de médicos, enfermeros u otros profesionales médicos individuales, ni tiene la finalidad de ser una declaración de estándares comunitarios predominantes o estándares de práctica mínimos. Es un método y una técnica sugeridos para lograr una atención médica óptima, y no un estándar mínimo por debajo del cual los residentes serían necesariamente colocados en riesgo.