

Consentimiento para pruebas del nuevo coronavirus (COVID-19) Residente/personal

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 recibir los resultados*: _____

Raza*: _____ Género*: _____

Información de contacto para emergencias o del tutor

Primer nombre*: _____ Apellido*: _____

Número de teléfono*: _____

Ingrese el número de teléfono para recibir los resultados*: _____

Consentimiento para pruebas del nuevo coronavirus (COVID-19)

1. Soy el paciente mencionado anteriormente o el tutor legal del paciente mencionado anteriormente (si el paciente es menor de edad o dependiente).
2. Autorizo al personal de [Inserte el nombre de la instalación] (instalación), o a la persona que ellos designen, a recolectar un espécimen para realizar la prueba de COVID-19.
3. Entiendo que existen distintos tipos de procedimientos de recolección que pueden utilizarse, y que cada técnica conlleva posibles riesgos:

Nasofaríngea (NF) Técnica de recolección:

- Se me pedirá que mantenga la cabeza derecha sin inclinarla.
- Se insertará un hisopo flexible en la fosa nasal hasta llegar al fondo de la nasofaringe.
- Se girará el hisopo y se dejará en el lugar por varios segundos.
- El procedimiento puede ser incómodo, puede provocar tos o estornudos y puede, aunque no es frecuente, causar sangrado.

Orofaringea (OF) Técnica de recolección:

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.

- Se me pedirá que mantenga la cabeza derecha sin inclinarla.
- Se insertará un hisopo flexible en la boca para acceder a las áreas de la faringe y las amígdalas.
- Se frotará el hisopo sobre ambos pilares amigdalares y la orofaringe posterior por varios segundos.
- El procedimiento puede ser incómodo y puede provocar tos y estornudos.

Espécimen de fosas nasales anteriores (NS, por sus siglas en inglés) Técnica de recolección:

- Se me pedirá que mantenga la cabeza derecha sin inclinarla.
 - Se insertará un hisopo en las fosas nasales anteriores y se girará.
 - Se dejará el hisopo en el lugar por 10-15 segundos.
 - Se repetirá el proceso en la otra fosa nasal con el mismo hisopo.
4. Luego de que se recolecte el espécimen, la instalación lo enviará a [Inserte el nombre del laboratorio] para que se realice un análisis de laboratorio.
 5. La instalación recibirá los resultados de la prueba y me los reenviará.
 6. Entiendo que la prueba de COVID-19 no es 100 % precisa, no se puede utilizar para descartar una infección, y que una prueba negativa puede no excluir la presencia de COVID-19.
 7. Entiendo que los resultados están generalmente disponibles dentro de las 48-72 horas, pero que pueden demorar más debido al volumen que tenga el laboratorio y a los tiempos de procesamiento.
 8. Entiendo que la instalación se pondrá en contacto conmigo únicamente mediante el número proporcionado en este consentimiento, ya sea que el resultado sea positivo o negativo. Además, entiendo que los resultados positivos de COVID-19 se enviarán al _____ Departamento de Salud.
 9. Entiendo que la instalación será responsable de entregar los resultados de la prueba, deberá contestar cualquier duda que tenga respecto de mis resultados o las limitaciones de la prueba y, en caso de que solicite asistencia a la instalación, deberá colaborar para facilitarme cualquier diagnóstico adicional o servicio clínico que mi médico indique.

Mi firma a continuación indica que he leído y entendido este consentimiento, que acepto voluntariamente los términos y condiciones detallados en este documento y que autorizo a que se

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.

realicen las acciones a las que hace referencia este consentimiento, incluida la prueba de COVID-19.

Firma del paciente/tutor: _____

Fecha de la firma: _____

MUESTRA

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.