

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS PRUEBAS COVID-19

Lea atentamente y firme el siguiente consentimiento informado:

- a. Autorizo que Pinnacle HealthCare realice esta prueba de COVID-19 para realizar la recolección y la prueba de COVID-19 a través de un hisopo nasofaríngeo según lo indique un proveedor médico autorizado o un funcionario de salud pública.
- b. Autorizo que los resultados de mi prueba se divulguen al representante autorizado de mi empleador que solicitó la prueba o al condado, estado o cualquier otra entidad gubernamental según lo requiera la ley.
- c. Reconozco que un resultado positivo de la prueba es una indicación de que debo aislarme a mí mismo y / o usar una máscara o una cubierta facial como se indica en un esfuerzo por evitar infectar a otros.
- d. Entiendo que la prueba no actúa 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 adecuadas con respecto a los resultados de mi prueba. Acepto que buscaré asesoramiento médico, atención y tratamiento de mi proveedor médico si tengo preguntas o inquietudes, o si mi afección empeora.
- e. Entiendo que, al igual que con cualquier prueba médica, existe la posibilidad de un resultado falso positivo o falso negativo de la prueba COVID-19. Yo, el abajo firmante, he sido informado sobre el propósito de la prueba, los procedimientos, los posibles beneficios y riesgos, y he recibido una copia de este Consentimiento informado. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas antes de firmar y se me ha dicho que puedo hacer preguntas adicionales en cualquier momento.
- f. Me han notificado las ubicaciones de los sitios de prueba gratuitos de Covid-19. Rechazando las pruebas gratuitas.
- g. Me gustaría que los resultados de mi prueba se envíen por correo electrónico a: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente, apellido

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

\_\_\_\_\_  
Firm

\_\_\_\_\_  
FECHA

**Empleado de Pinnacle: Inicial/Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Resultados:**  **Negativa**  **Positiva**  **PCR Prueba de envío de PCR realizada**