

Saima Jehangir MD / MPH

Lotus Scientific

Consentimiento informado Prueba rápida COVID-19:

Lea atentamente y firme el siguiente consentimiento informado

- **Autorizo a esta unidad de prueba de COVID-19 a realizar la recolección y la prueba de COVID-19 a través de un hisopo nasofaríngeo o una extracción de sangre, según lo indique un proveedor médico autorizado o un funcionario de salud pública.**
- **segundo. Autorizo que los resultados de mi prueba se divulguen al condado, al estado o a cualquier otra entidad gubernamental según lo requiera la ley.**
- **Reconozco que un resultado POSITIVO de la prueba es una indicación de que debo aislarme yo mismo y / o usar una máscara o una cubierta facial como se indica en un esfuerzo por evitar infectar a otros.**
- **Entiendo que la unidad de prueba no actúa como mi proveedor médico, esta prueba no reemplaza el tratamiento de mi proveedor médico y asumo la responsabilidad completa y total de tomar las medidas adecuadas con respecto a los resultados de mi prueba. Acepto que buscaré consejo médico, atención y tratamiento de mi proveedor médico si tengo preguntas o inquietudes, o si mi condición empeora.**
- **mi. Entiendo que, al igual que con cualquier prueba médica, existe la posibilidad de un resultado FALSO POSITIVO o FALSO NEGATIVO COVID-19.**

Yo, el abajo firmante, he sido informado sobre el propósito de la prueba, procedimientos, posibles beneficios y riesgos. Recursos humanos proporcionará 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. Acepto voluntariamente esta prueba para COVID-19

Nombre de empleado: _____

Fecha de nacimiento del empleado: ___ / ___ / _

Firma del empleado: _____ **Fecha:** ____

Resultados de los empleados: positivos

Resultados de los empleados: negativos