Healthcare Solutions Centers, LLC

4831 N 11th Street Phoenix, AZ 85014
Phone (602) 424-2101 Fax: (602)424-2103

Consentimiento para la prueba del hisopo nasofaríngeo de PCR COVID-19

Para ser completado por **TODOS LOS PACIENTES QUE RECIBEN UNA PRUEBA**

Nombre legal, apellido: _____ Nombre: _____MI: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / _____ Edad: _____ Sexo: _____ Número de teléfono (_____) _____-_____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Empleador: _____ Correo electrónico: _____

¿Tiene alguno de los síntomas que se enumeran a continuación?

1. Tosiendo Sí, No Desconocido

2. Fiebre (> 100,4 F) Sí, No Desconocido

3. Dificultad para respirar Sí, No Desconocido

¿Ha viajado fuera de los Estados Unidos en los últimos 14 días? Sí No

Si es así, a dónde ha viajado: _____

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE:

Formulario de consentimiento y exención para la prueba de hisopado nasofaríngeo (NP) de COVID-19 PCR. Este consentimiento proporciona a Healthcare Solutions Centers, LLC (HCS) su permiso para realizar un procedimiento de hisopado NP para detectar el virus SARS-CoV-2. Su empresa sigue el programa de seguridad laboral HCS COVID-19 para brindarle un lugar de trabajo seguro y saludable. Al firmar este consentimiento, está indicando que acepta voluntariamente este procedimiento para la detección del virus SARS-CoV-2. La prueba que se administra implica un hisopo nasal que se probará para indicar la presencia potencial del virus SARS-CoV-2. Durante el tiempo necesario para recibir los resultados de esta prueba, no se le permitirá regresar al trabajo y debe permanecer en cuarentena en casa hasta que reciba los resultados. HCS lo llamará para informarle los resultados del SARS-CoV-2. Los resultados pueden tardar entre 3 y 7 días. Debe controlar cuidadosamente sus propios síntomas y, a pesar de los resultados de cualquier prueba, debe quedarse en casa y consultar con HCS al (602)424-2101 si experimenta síntomas de COVID-19. Tiene derecho a discutir las pruebas propuestas con HCS para conocer el propósito, los posibles riesgos y beneficios de las pruebas. Debido a la actual crisis de salud pública, es posible que HCS deba compartir los resultados de su prueba con el departamento de recursos humanos de su trabajo. Al firmar a continuación, usted acepta la divulgación de dicha información según lo soliciten, recomienden o exijan las autoridades de salud pública federales, estatales y locales. Al firmar a continuación, acepta liberar y renunciar a cualquier reclamo que surja de su prueba voluntaria de SARS-CoV-2. Además, acepta liberar y renunciar a cualquier reclamo que pueda surgir contra HCS y sus proveedores y miembros del personal designados por cualquier riesgo, efecto secundario o complicación que resulte de las pruebas.

Nombre (Name)_____ Empleador (Employer) _____

De Firma (Signature) _____ Fecha (Date) _____

Tester_____**Date**_____