

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
PRUEBAS COVID 19

Con la presente, Yo, _____, en pleno uso de mis facultades mentales y en mi calidad de paciente, declaro en forma libre y voluntaria lo siguiente:

Que doy mi pleno consentimiento y por ende mi autorización para la realización del acto médico/químico denominado:

PRUEBA RÁPIDA DE ANTÍGENO que consistirá en una toma de muestra de orofaríngea.

Manifiesto que el personal de salud de este laboratorio ha hecho de mi conocimiento y explicado de manera escrita, verbal, clara, precisa y oportuna todos y cada uno de los procedimientos, riesgos, complicaciones y beneficios que en consecuencia se pueden derivar. En conclusión, tras haber comprendido la información recibida, doy libremente mi consentimiento para la realización de dicho procedimiento.

Por último, comprendo y soy consciente que "NO EXISTEN GARANTÍAS ABSOLUTAS" de los resultados del acto autorizado, por lo que en caso de presentarse un falso negativo por seleccionar una prueba que no se ajusta a la temporalidad del desarrollo del virus, me abstengo a cualquier reclamación hacia el laboratorio y el personal que me practico la prueba, así como expresamente exonero al laboratorio y/o personal de cualquier responsabilidad.

En caso de tratarse de una prueba para la detección del virus SARS-CoV-2, COVID19, comprendo que un resultado negativo no garantiza que en días posteriores no pueda infectarme del virus SARS-CoV2, COVID-19.

Nombre y firma del paciente, Tutor(a) o
Persona Legalmente Responsable

Nombre y firma Médico o Químico

Página 1 de 1

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
PRUEBAS COVID 19

Con la presente, Yo, _____, en pleno uso de mis facultades mentales y en mi calidad de paciente, declaro en forma libre y voluntaria lo siguiente:

Que doy mi pleno consentimiento y por ende mi autorización para la realización del acto médico/químico denominado:

PRUEBA RÁPIDA DE ANTÍGENO que consistirá en una toma de muestra de orofaríngea..

Manifiesto que el personal de salud de este laboratorio ha hecho de mi conocimiento y explicado de manera escrita, verbal, clara, precisa y oportuna todos y cada uno de los procedimientos, riesgos, complicaciones y beneficios que en consecuencia se pueden derivar. En conclusión, tras haber comprendido la información recibida, doy libremente mi consentimiento para la realización de dicho procedimiento.

Por último, comprendo y soy consciente que "NO EXISTEN GARANTÍAS ABSOLUTAS" de los resultados del acto autorizado, por lo que en caso de presentarse un falso negativo por seleccionar una prueba que no se ajusta a la temporalidad del desarrollo del virus, me abstengo a cualquier reclamación hacia el laboratorio y el personal que me practico la prueba, así como expresamente exonero al laboratorio y/o personal de cualquier responsabilidad.

En caso de tratarse de una prueba para la detección del virus SARS-CoV-2, COVID19, comprendo que un resultado negativo no garantiza que en días posteriores no pueda infectarme del virus SARS-CoV2, COVID-19.

Nombre y firma del paciente, Tutor(a) o
Persona Legalmente Responsable

Nombre y firma Médico o Químico

Página 1 de 1