



PRUEBAS VOLUNTARIAS DEL CORONAVIRUS (COVID-19)

INFORMACION DEL PACIENTE

Primer Nombre:	Inicial del Segundo Nombre:	Apellido:
Fecha de Nacimiento:	Genero:	Telefono:
Dirreccion:		PO Box:
Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:
Correo Electronico:		

SIGNOS Y SINTOMAS

Tiene o ha tenido recientemente alguno de los siguientes:			
Fiebre	Si o No	Escurrimiento Nasal	Si o No
Escalofrios	Si o No	Dolor de Garganta	Si o No
Dolor de Cuerpo	Si o No	Tos	Si o No
Congestion	Si o No	Otro:	

Ha viajado recientemente a un "Punto de Acceso" o ha estado en contacto con una persona que se sabe que tiene COVID-19?

Si o No	En caso afirmativo, Fecha:
---------	----------------------------

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBAS DE CORONAVIRUS (COVID-19)

Por favor lea atentamente el siguiente consentimiento informado:

1. Autorizo a Healthy Connections, Inc. (HCI) a realizar la recoleccion y las pruebas de COVID-19 a traves de un hisopo nasofaringeo, segun lo ordene un proveedor medico autorizado o un funcionario de la salud publica.
2. Autorizo que los resultados de mis exámenes sean revelados al condado, estado o cualquier entidad gubernamental segun lo exija la ley.
3. Reconozco que un resultado positivo de la prueba es una indicacion de que debo continuar aislando en un esfuerzo por evitar infectar a otros.
4. Entiendo que no estoy creando una relacion de paciente con HCI al participar en las pruebas. Entiendo que HCI no esta actuando como mi proveedor medico. Las pruebas no reemplazan el tratamiento de mi proveedor medico. Estoy de acuerdo en que buscare consejo medico, atencion y tratamiento de mi proveedor medico si tengo preguntas o inquietudes, o si mi condicion empeora.
5. Entiendo que, como en cualquier examen medico, existe la posibilidad de que se produzcan resultados de falso positive o falso negativo.
6. Reconozco de me han dado o me han ofrecido una copia del Aviso de Politica de Privacidad de HCI.

Yo, el abajo firmante, he sido informado sobre el proposito de la prueba, procedimientos, los posibles beneficios y riesgos y se me ha ofrecido o recibido una copia de este consentimiento informado. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas antes de firmar, y me han dicho que puedo hacer otras preguntas en cualquier momento. Acepto voluntariamente la prueba de COVID-19.

Firma del Paciente o Tutor

Fecha: