

	FORMATO	Identificación: FOR-REC-16
	CONSENTIMIENTO INFORMADO COVID-19	Versión: 3
		Fecha creación: 7/Agosto/2020
		Fecha actualización: 20/Abril/2021

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS RAPIDAS SARS-COV-2:

**PRUEBA RÁPIDA DE ANTICUERPOS
IgG e IgM Anti-SARS-COV-2**

ESPECIMEN SANGRE

Los riesgos a los que usted está expuesto son los propios de una punción capilar.

El paciente debe realizar previa desinfección o de preferencia lavado de manos.

Se realizara puncion en alguno de los dedos de la mano.

Todos nuestros materiales para toma de muestra son nuevos y esteriles para cada paciente. Se utiliza el equipo de seguridad e higiene recomendado por las autoridades sanitarias correspondientes.

**PRUEBA RÁPIDA DE ANTÍGENO
SARS-COV-2**

ESPECIMEN EXUDADO NASOFARÍNGEO

Los riesgos a los que usted está expuesto son los propios de un hisopado nasofaríngeo.

Se introducirá un hisopo estéril en la fosa nasal del paciente, alcanzando la superficie de la nasofaringe posterior, continuo se realizará una rotación suave, empujando el hisopo hasta encontrar la resistencia al nivel del cornete.

Nuestros materiales para toma de muestra son nuevos y esteriles para cada paciente. Se utiliza el equipo de seguridad e higiene recomendado por las autoridades sanitarias correspondientes.

Bajo ciertas circunstancias la prueba puede dar INVÁLIDA y se tendrá que repetir la toma de muestra así como su proceso.

Una vez que se han aclarado mis dudas respecto a la prueba y el resultado, tuve la oportunidad de hacer preguntas y estoy satisfecho con las respuestas, SOLICITO y AUTORIZO que la muestra sea analizada con dicho fin, declarando que he recibido información completa sobre la prueba.

EL RESULTADO SERÁ ENTREGADO VÍA CORREO ELECTRÓNICO EL MISMO DÍA DE LA PRESENTE SOLICITUD.

**EN MUESTREO EMPRESARIAL, LOS RESULTADOS SERAN ENVIADOS AL TITULAR DE LA EMPRESA QUE REALIZÓ EL PAGO O LA SOLICITUD.*

PACIENTE:

FECHA: _____

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)	Edad
------------------	------------------	------------	------

Teléfono	Identificación y Número	Firma del paciente o tutor
----------	-------------------------	----------------------------

QUIMICO:

Certifico que la muestra identificada en este formato corresponde a los datos del solicitante.

No. de Identificación y Firma del Químico	No. protocolo de la muestra
--	-----------------------------