

Affix unique test barcode here

## Formulario de consentimiento e información del participante de la evaluación COVID-19

### Información del participante

Apellido		Nombre		Inicial					
Fecha de nacimiento		Sexo		Raza		Etnicidad			
(MM/DD/AAAA)		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Ambiguo		<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano		<input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii o Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Desconocida		<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano <input type="checkbox"/> Desconocida	
Información de contacto del participante									
Teléfono móvil		( ) _____ - _____		Correo electrónico					
Dirección				Condado					
Ciudad			Estado		Código Postal				

### Consentimiento del participante para la prueba

Las pruebas de RT-PCR de COVID-19 serán realizadas por un laboratorio certificado según las Enmiendas de mejora de laboratorio clínico (CLIA) para realizar pruebas de alta complejidad y se realizan de acuerdo con la Política para pruebas de enfermedad por coronavirus-2019 durante la emergencia de salud pública.

Esta prueba está destinada a la detección de personas asintomáticas sin contacto cercano conocido a COVID-19 y no requiere una orden médica para realizarla.

#### Consentimiento informado para pruebas:

- Autorizo la recolección de una muestra de hisopo nasal para su uso en las pruebas de RT-PCR de COVID-19 por el laboratorio mencionado anteriormente.
- Entiendo que mis resultados NO son para uso diagnóstico. Los resultados están destinados al uso de información con el fin de detectar riesgos de transmisión y áreas de alto riesgo.
- Entiendo que, como con cualquier prueba médica, existe la posibilidad de que se produzcan resultados falsos positivos o falsos negativos.
- Reconozco que un resultado positivo de la prueba es una indicación de que debo seguir las recomendaciones del Centro para el Control de Enfermedades (CDC) y es posible que deba aislarme para evitar infectar a otros.
- Autorizo que los resultados de mis pruebas y la información demográfica se divulguen a la organización que está facilitando la prueba de COVID-19 y también al condado, al estado o a cualquier otra entidad gubernamental según lo requiera la ley.
- Entiendo que no estoy creando una relación de paciente con el centro de pruebas y que las pruebas no reemplazan el tratamiento de mi proveedor médico. Asumo la responsabilidad completa y total de tomar las medidas adecuadas, incluida la búsqueda de asesoramiento médico, atención y tratamiento de mi proveedor médico si tengo preguntas sobre los resultados de mi prueba.
- Entiendo que si tengo una edad elegible para donar plasma y mis resultados son positivos para COVID-19, doy mi autorización para ser contactado para una remisión para donar plasma convaleciente COVID-19.
- Reconozco que mi informe de resultados de la prueba incluirá más información sobre la interpretación de los resultados de la prueba de acuerdo con las divulgaciones requeridas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).
- Reconozco que no tengo ningún síntoma incluyendo: pérdida reciente de olfato o el gusto, fiebre o escalofríos, tos, dificultad para respirar, fatiga, dolores musculares y corporales, dolor de cabeza, dolor de garganta, congestión o moqueo, mareas or vómitos, o diarrea

Yo, firmante, acepto voluntariamente esta prueba para COVID-19 y entiendo que este consentimiento permanecerá archivado y en vigor para las pruebas de detección periódicas posteriores hasta que retire este consentimiento o este consentimiento sea reemplazado por un nuevo consentimiento. También acepto que el laboratorio me contacta con resultados, si necesario.

Firma del participante		<input type="checkbox"/> Marque la casilla si es menor de 18 años (y proporcione el consentimiento de los padres)		Fecha		____/____/____	
------------------------	--	---	--	-------	--	----------------	--

Consentimiento paterno	Consentimiento de los padres (para participantes menores de 18 años)							
	Estoy de acuerdo en que la persona nombrada anteriormente recibirá las pruebas indicadas para detectar COVID-19. Tuve la oportunidad de hacer preguntas sobre el proceso de recolección de muestras. Afirmo que soy un adulto que puede dar mi consentimiento legalmente para que la persona nombrada anteriormente se haga una prueba de detección de COVID-19. Doy libre y voluntariamente mi permiso firmado para que se realicen estas pruebas de detección.							
	Autorizo la divulgación de información al condado, estado o cualquier otra entidad gubernamental según lo requiera la ley, así como al Distrito de Salud Metropolitano de San Antonio. Estoy de acuerdo con esta prueba para COVID-19 y entiendo que este consentimiento permanecerá archivado y en vigor para las pruebas de detección periódicas subsiguientes hasta que retire este consentimiento, o este consentimiento sea reemplazado por un nuevo consentimiento.							
Firma de Padre o Tutor					Fecha		____/____/____	