



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TOMA DE MUESTRAS, PROCESAMIENTO Y EMISIÓN DE RESULTADOS DE PRUEBA PCR-RT COVID-19

Yo, _____, doy consentimiento a LABORATORIOS ANALIZA y sus empleados para la toma de muestra, procesamiento, emisión de resultados de Prueba PCR-RT COVID-19. A mi hijo/a _____ y/o a mí mismo firmando este consentimiento informado.

Entiendo que: Puedo cancelar este consentimiento si no me realizo la prueba o se suspende la toma de muestra por cualquier motivo o circunstancias que pudiese presentarse, además comprendo que LABORATORIOS ANALIZA. Es responsable de manejar todas las muestras, realizar todas las pruebas e informar los resultados a mi médico/al médico de mi hijo/a, así como también al Ministerio de salud de EL Salvador quien también tendrá acceso a toda la información solicitada en VIGEPES-02

Entiendo y estoy de acuerdo que la ley puede exigir que LABORATORIOS ANALIZA presente informes diarios al Ministerio de Salud sobre la toma de pruebas y resultados.

Acepto informarle al LABORATORIO ANALIZA cómo comunicarse conmigo por teléfono fijo, teléfono celular, correo electrónico, dirección. Asimismo, mi firma indica que entiendo: La importancia de proporcionar información veraz y precisa sobre el nombre y la identidad del paciente y dirección. Que la información incorrecta o falsa sobre la identidad puede ocasionar un tratamiento que podría ser perjudicial para el paciente. Que LABORATORIOS ANALIZA se reserva el derecho de tomar medidas por la presentación intencional de información falsa, como transferencia de la atención y notificación adecuada a las autoridades correspondientes.

Firma de usuario por ACEPTACION DE SERVICIO: _____

Fecha/Hora: _____

Firma y sello del empleado del LABORATORIOS ANALIZA QUE TOMA LA MUESTRA (testigo)
