

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA HACERSE LA PRUEBA DEL COVID-19**

Nombre de la Persona/Paciente _____ **Fecha de Nacimiento** _____

Consentimiento para la prueba

Confirmando que tengo al menos 18 años de edad.

Doy mi consentimiento para la recolección y análisis de una muestra nasal u oral con el siguiente propósito:

- Para averiguar si la muestra contiene signos de la presencia del coronavirus.

Si la persona/paciente que va a hacerse la prueba es menor de edad, Yo confirmo que:

- Yo soy el padre o tutor legal del menor

Como padre o tutor legal del menor, doy mi consentimiento para que se obtenga y examine la muestra del menor con el siguiente propósito:

- Para averiguar si la muestra contiene signos de la presencia del coronavirus.

Las personas que le están haciendo la prueba

Las personas que le están haciendo la prueba no son su doctor ni su proveedor de atención médica.

Estoy de acuerdo en que yo:

- Buscaré consejo médico, atención y tratamiento de mi proveedor de atención médica si tengo preguntas o inquietudes
- Buscaré tratamiento si desarrollo síntomas, o si mis síntomas cambian o empeoran.

¿Dónde se guardarán sus pruebas?

El Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de Montgomery ha designado lugares para recolectar y almacenar temporalmente las muestras producidas por las pruebas. El condado utiliza servicios de laboratorio contratados para analizar las muestras que se recolectan. Todos los laboratorios utilizados para esta función están reconocidos como entidades autorizadas para realizar pruebas de diagnóstico para COVID-19 según lo designado por las agencias reguladoras federales y estatales.

Yo estoy de acuerdo en:

- Seguir todas las instrucciones que me sean dadas por los sitios de recolección de muestras y el personal de recolección de muestras.
- Dar permiso para que el laboratorio designado lleve a cabo la prueba en mi muestra.

¿Qué tipo de prueba es ésta?

Hoy usaremos una prueba autorizada por la Administración de Drogas y Alimentos bajo una Autorización de Uso de Emergencia (EUA, por sus siglas en inglés). Esta prueba busca el virus SARS-CoV2. El virus SARS-CoV2 causa la enfermedad conocida como COVID-19. Esta prueba no busca signos de que haya estado infectado en el pasado.

Yo entiendo que:

- Existe la posibilidad de que la prueba produzca resultados falsos positivos o falsos negativos.
- Entiendo que hacerse la prueba es un acto voluntario.
- Puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento antes de que la prueba sea mandada al laboratorio para ser analizada.
 - Puedo hacer esto poniéndome en contacto con el Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de Montgomery llamando al (240) 777-1755.

Resultados

Después de completar el análisis de laboratorio de la muestra, el laboratorio de pruebas pondrá los resultados a disposición de los funcionarios de salud estatales y locales en la jurisdicción donde reside, según lo exige la ley, y disposición del proveedor que hizo la referencia.

Doy permiso al Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de Montgomery para:

- Comunicarse conmigo usando la dirección de correo electrónico o el número de teléfono que proporcioné.
- Enviar los resultados de mi prueba a través de un correo electrónico seguro y encriptado a la dirección de correo electrónico que proporcioné.
- Brindarme acceso a mis resultados a través de un portal web seguro mantenido por el Condado o por el laboratorio.

Yo entiendo que:

- Yo soy responsable de revisar mi correo electrónico para ver mis resultados.
- Yo soy responsable de ver mis resultados cuando estén disponibles.
- Si recibo un resultado positivo en la prueba, es posible que un representante del departamento de salud local o estatal se comunique conmigo para revisar los resultados y explicarme los pasos que debiera tomar a continuación.
- Puedo comunicarme con el Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de Montgomery al (240) 777-1755.

Doy permiso para que los resultados de mi prueba puedan ser compartidos con el Condado, Estado, o a cualquier otra entidad gubernamental según lo requiera la ley.

Entiendo que los resultados de mi prueba pueden ser compartidos con el Sistema de Información Regional de Chesapeake para Nuestros Pacientes (CRISP, por sus siglas en inglés), parte de los servicios de intercambio regional de información de salud de Maryland, que permite a mi proveedor tener acceso a los resultados de mi prueba.

Los resultados de mi prueba se entregarán a la persona u organización que ordenó la prueba.

Costo

Los servicios de pruebas se ofrecerán sin costo alguno para mí.

Regulaciones de HIPAA de Privacidad y Divulgación del Información

El Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de Montgomery y sus contratados servicios de laboratorio se adhieren completamente a todas las leyes y reglas relacionadas con la privacidad, seguridad de datos, y la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés).

Confirmando que se me proporcionó una copia del Aviso sobre las Prácticas de Privacidad (NPP, por sus siglas en inglés) y que he leído (o he tenido la oportunidad de leerlo) y entendido el NPP y que acepto sus términos.

Si lo solicito, puedo ver y copiar la información descrita en este formulario.

Confirmando que todas mis preguntas fueron contestadas a mi satisfacción, y que entiendo perfectamente este formulario de autorización.

Esta autorización es válida a partir de la fecha en que he firmado y continuará siendo válida hasta que sea modificada o revocada.

Firma de la Persona/Paciente o Tutor Legal

Fecha

Consentimiento obtenido verbalmente por el Padre/Guardian

Fecha