

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DETERMINACION DE VIRUS COV2 CON TEST RAPIDO

Por el presente doy consentimiento a Laboratorio Maipú para obtener una muestra de mi secreción nasofaríngea y analizarla utilizando el Test Rápido de Antígeno para determinar la presencia de ARN viral Cov2, el virus que causa COVID-19.

Entiendo que se realizará la toma de muestra mediante el hisopado nasofaríngeo y las muestras serán procesadas con la técnica de inmunocromatografía que permite obtener los resultados más rápidamente.

Dejo constancia de que solicito este estudio bajo mi responsabilidad sin indicación profesional ni de entes financiadores (obra social, prepago).

Entiendo que Laboratorio Maipú procederá a informar los resultados de mi test a las autoridades sanitarias.

Laboratorio Maipú no divulgará mi información personal, con la excepción de este Formulario de Consentimiento.

Entiendo que los resultados negativos no descartan la infección por SARS-CoV-2 y que, de acuerdo con el contexto clínico, puede ser necesario complementar con otra prueba.

Esta prueba ha sido aprobada por la ANMAT

Firma: Fecha:

Nombre completo:

DNI:

Representante legal (en caso de menores de 16 años)

Firma: Fecha:

Nombre completo:

DNI:

Este Consentimiento fue aprobado por el Comité de Ética y Docencia de Diagnóstico Maipú (CEDIMA).