



**Formulario de registro de consentimiento informado
para detección de coronavirus SARS-CoV-2 en muestra respiratoria**

Este consentimiento se solicita para cumplir con el requerimiento de notificación establecido por el Ministerio de Salud Pública en el marco de la emergencia sanitaria por la pandemia de COVID-19. El objetivo de este consentimiento informado es que usted apruebe que el resultado de la prueba SARS-CoV2 sea entregado a la Dirección Nacional de Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud Pública del Ecuador para cumplir con las normas de vigilancia epidemiológica.

Nombres y apellidos del paciente: _____

No. de documento de identidad: _____ Tipo: Cédula Pasaporte

Otorgo mi consentimiento y autorizo en forma libre y voluntaria la toma de muestra respiratoria para la detección de coronavirus SARS-CoV-2 y que el **resultado** de laboratorio sea enviado al Sistema Integrado de Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud Pública.

Con mi firma, o huella dactilar, reconozco que me informaron, entendí y estoy de acuerdo con el contenido y autorización de este consentimiento:

Firma del paciente: _____ o Huella dactilar: _____

Fecha (dd/mm/aaaa): ___/___/2020 Hora: ___:___

Llene el apartado a continuación si aplica para la toma de muestras en menores de edad y personas con capacidad disminuida:

Nombres y apellidos del representante: _____

No. de documento de identidad: _____ Tipo: Cédula Pasaporte

Firma del representante: _____ o Huella dactilar: _____