

Institución / Empresa / Socio: _____



Laboratorio de biología
molecular **COVID-19**
Universidad de Las Américas

Formulario de Registro de consentimiento informado

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 sus pruebas de laboratorio para COVID-19 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

País: _____

Otorgo mi consentimiento y autorizo en forma libre y voluntaria la toma de:

- Muestra respiratoria para la detección de coronavirus SARS-CoV-2 por **RT- PCR**
- Muestra de respiratoria para la detección de SARS-CoV-2 por **ANTÍGENOS** (Prueba rápida).

y que el **resultado** de laboratorio sea enviado al Sistema Integrado de Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud Pública y al/los profesionales de salud que solicitaron las pruebas.

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): ____/____/2021

Información de contacto para el envío de resultados:

E-mail: _____ Celular: _____

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: _____