****

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DETECCIÓN DE CORONAVIRUS SARS CoV-2 EN MUESTRA RESPIRATORIA**

Este consentimiento es solicitado para dar cumplimiento al requerimiento del MSP en relación con la emergencia sanitaria. Al firmar este consentimiento, usted aprueba que el resultado de la prueba SARS COV-2 sea entregado a Epidemiología del Ministerio de Salud Pública (MSP). En caso de obtenerse un resultado positivo, Epidemiología del MSP se pondrá en contacto con usted, según el lineamiento vigente.

Nombres y apellidos del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha realización de la prueba: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Empresa / Médico solicitante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo para envío de resultados: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Otorgo mi consentimiento y autorizo de forma libre y voluntaria que el resultado de mi prueba para detección de SARS COV-2 sea enviado a Epidemiologia del MSP y sea utilizado para investigaciones futuras sin fines de lucro.

Al firmar este documento, estoy de acuerdo con el contenido de este consentimiento informado.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cédula de identidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si el paciente no está en capacidad para firmar el consentimiento informado:

Nombre del representante legal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cédula de identidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**USO EXCLUSIVO DISerLAB**

**RESPONSABLE TOMA DE MUESTRA**

**No. PEDIDO HORA TOMA DE MUESTRA**