



CityDoc Urgent Care Formulario Consentimiento para Prueba Covid-19

Me han informado que mi historial y mis síntomas sugieren que debería hacerme una prueba de Covid-19.

Lo siguiente me ha sido explicado, y estoy de acuerdo:

_____ Mi prueba se enviara a Labcorp, y hará su prueba.

_____ Los resultados de la prueba estarán disponibles en unos días. No se puede dar un tiempo específico ya que depende del volumen de laboratorio y el tiempo de respuesta.

_____ Se me notificara por teléfono, mensaje de texto, correo electrónico cuando se reciban los resultados de mi prueba.

_____ El Departamento de Salud del Condado de Dallas/Tarrant sera notificado de que me hicieron la prueba y cuales son los resultados de mi prueba.

_____ Además, me han mostrado una copia de las instrucciones de lo que tengo que hacer después de las pruebas, he leído esas instrucciones de alta y estoy de acuerdo en cumplir con esas instrucciones. Acepto ponerme en cuarentena hasta que me autoricen.

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha y Hora: _____

Nombre de Testigo: _____

Firma de Testigo: _____

Fecha y Hora: _____

