



## CityDoc Urgent Care Formulario Consentimiento para Prueba Covid-19

Doy mi consentimiento para que me hagan la prueba Covid-19.

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

\_\_\_\_\_ Me haré una prueba rápida en CityDoc.

\_\_\_\_\_ Una prueba positiva se considera diagnóstica, y no se realizaran pruebas de confirmación.

\_\_\_\_\_ En los casos en los que los síntomas sugieran fuertemente Covid-19, se puede enviar una prueba de confirmación a Labcorp para realizar pruebas de confirmación. Esto llevara varios días. Se me notificara por teléfono, mensaje de texto o correo electrónico cuando se reciban los resultados de mi prueba de confirmación.

\_\_\_\_\_ Por ley, se notificara al Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas (DSHS) que me hice la prueba y cuales son los resultados de la prueba..

\_\_\_\_\_ Además, me han mostrado una copia de las instrucciones de lo que tengo que hacer después de la prueba, he leído esas instrucciones de alta detenidamente y estoy de acuerdo en cumplir con esas instrucciones. Acepto ponerme en cuarentena hasta que me den el visto bueno.

\_\_\_\_\_ Además, en los casos en que mi empleador haya contratado a City Doc para realizar esta prueba, mis resultados pueden compartirse con mi empleador. Esto se aplica solo a las pruebas de virus para la empresa.

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha y Hora \_\_\_\_\_

Nombre de Testigo: \_\_\_\_\_

Firma de Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha y Hora: \_\_\_\_\_