



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA EL COVID-19

EN LETRA DE IMPRENTA:

Nombre (de la persona que se hará la prueba): _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

Número de teléfono: _____ **Correo electrónico:** _____

- Yo soy: La persona que será examinada Padre Tutor
- Autorizo a RiverStone Health a recolectar una muestra nasal para la prueba del COVID-19.
- Autorizo al laboratorio del Departamento de Salud Pública y Servicios Humanos de Montana (Montana Department of Public Health and Human Service, DPHHS) para que procese y obtenga el resultado de la prueba del COVID-19 en la muestra recolectada.
- Comprendo que procesar la muestra y recibir los resultados de la prueba puede llevar un tiempo.
- Comprendo que el Departamento de Salud Pública y Servicios Sociales dará a conocer los resultados de mi prueba a RiverStone Health y a los departamentos de salud locales y estatales, como lo requiere la ley.
- Reconozco que un resultado positivo de la prueba es una indicación de que yo (mi hijo/dependiente) puedo tener que aislarme para evitar infectar a otros. Además, se puede exigir la cuarentena de todos los miembros de mi hogar y de mis contactos cercanos. Si el resultado de la prueba es positivo, yo (mi hijo/dependiente) será contactado por la salud pública local con más instrucciones que podrían incluir más pruebas.
- Entiendo que los resultados negativos se comunicarán confidencialmente utilizando diversos canales, entre los que se incluyen: el teléfono, el correo, la entrega electrónica u otros medios razonables.
- Comprendo que una relación de paciente con el DPHHS no se crea al participar en las pruebas. Comprendo que RiverStone Health no está actuando como mi proveedor médico (o el de mi hijo/dependiente). Las pruebas no reemplazan el tratamiento por parte de un proveedor médico. Tomaré las medidas apropiadas con respecto a los resultados de mi prueba (o la de mi hijo/dependiente). Buscaré consejo, cuidado y tratamiento médico de mi proveedor médico (o el de mi hijo/dependiente) con preguntas o inquietudes, o si una condición de salud empeora.
- Por la presente, doy mi consentimiento para mí (hijo/dependiente), mis herederos (hijo/dependiente), albaceas, administradores, cesionarios o representantes personales, a sabiendas y voluntariamente acepten que se tome y analice mi muestra y por la presente renuncio a todos y cada uno de los derechos, reclamos, o causas de acción de cualquier tipo que surjan de mi participación en esta actividad, y por la presente libero y descargo para siempre a DPHHS y RiverStone Health por cualquier lesión que pueda sufrir como resultado directo de mi participación en esta actividad, incluyendo el viaje hacia y desde cualquier lugar relacionado con esta actividad.

Nombre en letra de imprenta de la persona que se hará la prueba

Nombre en letra de imprenta del padre/tutor

Firma del paciente/padre/tutor

Fecha