

Formulario del registro y consentimiento de la prueba rápida del antígeno del COVID-19

Información demográfica:

Nombre/s: _____ Apellido/s: _____

Fecha de Nacimiento: (mm/dd/aaaa) ____ / ____ / ____

Dirección de correo electrónico: _____

Domicilio: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Número de Teléfono: () - _____ - _____ Sexo Biológico : Hombre Mujer

Estudiante de MSU: Sí No

Raza: por favor marque la casilla que mejor describa su raza.

- Indio Americano/Nativo de Alaska
- Negro/Afroamericano
- Asiático
- Blanco/Caucásico
- Hawaiano/Isleño del Pacífico
- Otra
- No sabe o no desea especificarlo

Hispano o Latino: por favor marque la casilla que mejor describa su grupo étnico.

- Latino o Hispano
- No Latino o Hispano
- No sabe o no desea especificarlo

¿Esta es la primera vez que se hace la prueba del COVID-19?

- Sí
- No, entonces, ¿qué tipo de prueba de COVID se hizo la última vez?
 - Antígeno, PCR, Anticuerpo No sabe
 - ¿Cuál fue el resultado? _____

¿Usted trabaja en el campo de la salud y tiene contacto directo con pacientes?

- Sí
- No

¿Ha tenido síntomas de la enfermedad del COVID durante los últimos 10 días?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fiebre por encima de 100.4F | <input type="checkbox"/> Tos |
| <input type="checkbox"/> Sensación de calentura | <input type="checkbox"/> Pitidos en el pecho |
| <input type="checkbox"/> Escalofríos | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar |
| <input type="checkbox"/> Temblores | <input type="checkbox"/> Falta de aire al respirar |
| <input type="checkbox"/> Dolores musculares | <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho |
| <input type="checkbox"/> Mocos en la nariz | <input type="checkbox"/> Náuseas y vómitos |
| <input type="checkbox"/> Dolor de garganta | <input type="checkbox"/> Dolor abdominal |
| <input type="checkbox"/> Cambio en el sentido del gusto y olfato | <input type="checkbox"/> Diarrea (3 deposiciones líquidas en 24 horas) |
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Otros (especifique): |

¿Esta embarazada?

- Sí
- No

¿Usted ha recibido la vacuna del COVID-19? Especifique el tipo y escriba la fecha de cuando la recibió

- Jansen/Johnson & Johnson: Fecha: _____
- Moderna: 1^{era} Dosis: _____ 2^{nda} Dosis: _____ 3^{era} Dosis (Booster): _____
- Pfizer: 1^{era} Dosis: _____ 2^{nda} Dosis: _____ 3^{era} Dosis (Booster): _____

Por favor lea atentamente la siguiente información y firme el consentimiento para el test del antígeno de COVID-19.

1. Yo entiendo que la prueba del COVID-19 será realizada utilizando el test de Antígeno BinaxNOW
2. Yo entiendo que no tendré ninguna relación (paciente-médico) con el médico que ha autorizado este test. Yo entiendo que la entidad que realiza la prueba no está actuando como mi proveedor de atención médica. Yo asumo la responsabilidad completa y plena de tomar las medidas apropiadas con respecto a los resultados de mis pruebas y mi atención médica. Estoy de acuerdo en que buscaré consejo médico, atención y tratamiento de mi proveedor médico u otra entidad de atención médica si tengo preguntas o dudas, si empiezo a tener síntomas de COVID-19 o si mi condición empeora.
3. Yo entiendo que es mi responsabilidad informar a mi proveedor de atención médica de un resultado positivo de la prueba, y que no se enviará una copia de mi resultado a mi proveedor de atención médica.
4. Yo entiendo y reconozco que un resultado positivo de la prueba de antígeno es una indicación de que necesito autoaislarme para evitar infectar a otros.
5. Yo entiendo y reconozco que si tengo síntomas y recibo un resultado negativo de la prueba del antígeno, se recomienda hacer una prueba de PCR o repetir la prueba del antígeno para confirmar el resultado (36 horas entre las dos pruebas de antígenos).
6. He sido informado del propósito, procedimiento, riesgos y beneficios potenciales de la prueba. Yo entiendo que esta prueba es de auto-hisopado y si el paciente tiene 14 años o menos, un padre o tutor recogerá la muestra. Yo tendré la oportunidad de hacer preguntas antes de proceder con la prueba de diagnóstico de COVID-19.
7. Yo entiendo que en cualquier momento puedo cancelar mi consentimiento de participar en la prueba.

AUTORIZACIÓN/CONSENTIMIENTO DE LA PRUEBA DEL COVID-19

- Acepto someterme a la prueba de antígeno COVID-19 / autorizo a mi hijo a someterse a la prueba.

Firma del Paciente/Padre/Madre/Tutor legal

Fecha

Relación con el paciente

For testing staff only:

Antigen Test Result (circle one):

POSITIVE

NEGATIVE

Testing Support Team Member Signature

Date & Time