

Nombre y apellidos _____ con
Domicilio en _____ y DNI _____ Fecha
de nacimiento _____ Teléfono _____
Correo electrónico _____

- 1) Declara que ha sido debidamente informado de la validez de las pruebas que va a realizarse para diagnóstico de la presencia del SARS-CoV-2 o de la respuesta inmunológica con la aparición de anticuerpos específicos frente al coronavirus responsable de la enfermedad COVID-19.

- 2) En el uso del derecho que le ampara procede a realizarse las pruebas pertinentes, solicitadas por un profesional sanitario de acuerdo con las normas de M.B.E , para coadyuvar al diagnóstico preciso.

Que el motivo de consulta es:

- Prescripción facultativa y segunda opinión especializada
- Decisión propia:
 - o Angustia
 - o Miedo
 - o Situación familiar
 - o Trabajo
 - o Ser persona de riesgo y/o tener factores objetivos de riesgo

- 3) Que es conocedor que CEyDES realiza la toma de muestra necesaria (F. Nasal y faríngeo, Frotis faríngeo, Extracción de sangre) y que la muestra es remitida con las máximas condiciones de seguridad y confidencialidad, sin que en ningún momento se rompa la cadena de custodia ni las condiciones de bioseguridad de la muestra, a un laboratorio de referencia

Lo que como prueba de conformidad firman en Zaragoza

El paciente

Por CEyDES
Dr. J. A. Abascal Ruiz