En la Ciudad de: _____, a _____ de _____ del año_____

Yo como Paciente _____ y/o _____, en mi calidad de Representante del Paciente, declaro bajo protesta de decir verdad autorizo al personal de Operadora de Hospitales Angeles S. A. de C. V., Hospital Angeles Valle Oriente a tomarme la prueba de PCR-SARS-COV-2 para detectar la enfermedad COVID-19.

Que se me ha informado y he entendido lo siguiente:

- La importancia de proporcionar información personal, misma que será manejada con absoluta confidencialidad.
- Que todo el equipo que se utilizará para la toma de la muestra es nuevo y estéril.
- Que se me dará a conocer el resultado de la prueba realizada.
- Que en caso de ser positivo el resultado, se le dará a conocer a la autoridad sanitaria tal y como lo establece la normatividad jurídica vigente.
- Que en caso de ser positivo tengo que estar localizable vía telefónica para realizar el cuestionario de "Estudio de Caso" que solicita la autoridad sanitaria, por lo cual es indispensable dejar un número telefónico.
- Que es necesario tomar una muestra de exudado faríngeo y nasofaríngeo, que puede ocasionar molestia en la nariz e inclusive sangrar.
- Se me proporcionó la información de los cuidados y las precauciones que deberé tener en mi domicilio.

Declaro bajo protesta de decir verdad, que he sido informado (a) y he entendido plenamente sobre los riesgos, los beneficios y las posibles complicaciones del procedimiento. Que fueron aclaradas todas mis dudas proporcionándome el tiempo suficiente para ello. Así también que se me ha explicado y he entendido el tipo y contenido del presente documento.

Declaro que autorizo el presente documento:

Nombre y firma del paciente: _____ _____

Nombre y firma del representante del paciente: _____ _____

Nombre y firma de testigo: _____ _____

Nombre y firma de testigo: _____ _____

Nombre del paciente:_____

Edad: _____Sexo: _____Fecha de nacimiento: _____

No. habitación:_____No. de hoja: _____

No. de expediente:_____Fecha:_____

Médico tratante: _____

Hospital Angeles VALLE ORIENTE

Operadora de Hospitales Angeles

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE MUESTRAS PARA DETECTAR COVID 19