

## **MÓDULO CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Se invita a completar el modulo o formulario del test o prueba de detección del Covid 19 y entregarlo hasta la fecha del 1 de diciembre de 2020.

La prueba es gratuita y opcional. Se llevará a cabo en la escuela a partir de la primera semana de diciembre.

### **Hisopo nariz-orofaríngea para 2019-nCov, Virus Coronavirus, con prueba rápida**

Yo \_\_\_\_\_

Nacido el \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Padre o Madre del alumno/a

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_

Nacido/a el \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_

- Declaro de haber recibido exhaustivas explicaciones respecto al hecho que la prueba rápida tiene importantes valores o alcances para los objetivos de la investigación y en la evaluación epidemiológica de la circulación viral.
- Declaro por tanto de querer que mi hijo/a haga o realice la prueba Hisopo rino-orofaríngea para 2019-nCov, Virus Coronavirus, con test rápido.
- Soy además consciente que en caso de RESULTADO POSITIVO a la prueba rápida mi hijo/a deberá realizar la prueba oro-rinofaríngea molecular y que en espera del relativo resultado diagnóstico mi hijo/a tendrá que atenerse o cumplir las medidas de cuarentena en nuestro domicilio.
- Soy consciente que los resultados médicos de la prueba Hisopo rino-orofaríngea, además de mí, será visible al médico de medicina general/pediatra de familia de mi hijo/a y al Departamento de Prevención del Organismo o Centro Local de Salud USL Toscana Centro.

Florenca \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma del declarante \_\_\_\_\_

Firma del operador que ejecuta la prueba o test \_\_\_\_\_

Parte derecha- Sello: *Organismo o Centro Local de Salud USL  
Toscana Centro  
SST Organismo o Centro Local de Salud USL  
Toscana Centro  
Servicio de Salud de la Toscana*

*Zona distrito Florenca  
Unidad Santa Rosa  
Lungarno Santa Rosa 13  
50142 Florenca*