

Consent for Adults COVID-19 Rapid Test Prior to Admission

Nombre de la persona que está siendo examinado: _____ DOB: _____
(Por favor imprimir) (Fecha de nacimiento)

Dirección: _____
Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono celular del paciente (Necesario): _____

Dirección de correo electrónico del paciente (Necesario): _____

Four Winds Hospital no brinda atención psiquiátrica de emergencia y las admisiones se realizan únicamente con cita previa. Cuando programo su cita, se le informo que para prevenir la propagación del coronavirus y proteger a los pacientes que se encuentran actualmente en el hospital, una condición de ingreso es un resultado negativo de una prueba de COVID-19. Se le ha ofrecido la oportunidad de obtener una prueba de otro proveedor de atención médica en lugar de realizar la prueba en el hospital antes de la admisión.

Usted recibirá una prueba rápida de antígeno BD gratuita para detectar el virus COVID-19. La recolección de una muestra para la prueba implica insertar un hisopo pequeño, similar a un hisopo (Q-Tip), en la parte frontal de la nariz. Puede haber alguna molestia leve en la nariz o garganta o sangrado en la nariz. Se le entregaran los resultados de la prueba por escrito.

Usted reconoce que le han informado que si da positivo en la prueba:

- No se realizara una evaluación psiquiátrica
- El hospital no podrá proceder con la admisión
- Se le pedirá que abandone los terrenos del hospital
- Se lo remitirá a su proveedor de salud mental para pacientes ambulatorios y se le proporcionara una lista de recursos para crisis y sala de emergencia.
- Se contactara a su proveedor de salud mental para pacientes ambulatorios y se le informara que la admisión no pudo continuar debido a un Resultado positivo de una prueba rápida COVID-19

Consentimiento para adultos
Prueba rápida COVID-19 antes de la admisión

Página 2

Al firmar a continuación, doy fe de que:

- He firmado este Formulario libre y voluntariamente
- Doy mi consentimiento para que me hagan la prueba para detectar la infección de COVID-19.
- Entiendo que las pruebas a veces producen resultados incorrectos y que el resultado de esta prueba no garantiza que no tenga COVID-19 en este momento.
- Entiendo que los resultados de las pruebas pueden divulgarse según lo exige la ley.
- Doy mi consentimiento para la divulgación de los resultados positivos de la pruebas a mis proveedores médicos y salud conductual para pacientes ambulatorios.

Firma

Fecha

Testigo Nombre en letra de imprenta: _____

Firma de Testigo: _____