Agencia Madrileña de Atención Social
CONSEJERÍA DE POLÍTICAS SOCIALES,
FAMILIAS, IGUALDAD Y NATALIDAD

SOLICITUD Y CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE LA PRUEBA DE DIAGNÓSTICO MICROBIOLÓGICO (PCR) Y OBTENCIÓN DE LOS RESULTADOS

Nombre y Apellidos:

Categoría Profesional: Teléfono:

Centro de trabajo: Correo electrónico:

Fecha de solicitud:

Solicito realización de la prueba diagnóstica (análisis microbiológico mediante la técnica PCR, del exudado nasofaríngeo), realizada por personal sanitario de la AMAS.

Para ello se procederá a tomar el exudado nasofaríngeo mediante un escobillón o hisopo (algodón) a nivel de las fosas nasales.

Se trata de un procedimiento que puede ser molesto y que en algunos casos puede producir cierto sangrado, por la irritación de las mucosas nasales, tanto más, cuanto más susceptibilidad se presente para ello (rinitis, atrofia de la mucosa nasal, etc.).

Declaro no padecer ninguna enfermedad, ni tomar medicamentos que sean incompatibles para la realización de dicha prueba.

Autorizo y consiento de forma responsable y sin coacción alguna para la realización de esta prueba y para que los resultados de la misma sean remitidos a mi médico de Atención Primaria, comprometiéndome a retirarlos en el mismo en un plazo de 72 horas desde su realización.

Si en el plazo de 5 días no hubiese recibido los resultados mi médico de Atención Primaria, remitiré un correo electrónico a la Dirección-Coordinación Sanitario Asistencial de la AMAS coordinacionma.amas@madrid.org y a Mercedes Saavedra Castro: mercedes.saavedra@madrid.org autorizando a que puedan reclamar los resultados al laboratorio de virología del Hospital Universitario de la Princesa y que me sean remitidos a dicho correo electrónico.

En, a de mayo de 2020

Firma del trabajador

Fdo.: (Nombre y Apellidos):.....

DNI:.....

Calle Agustín de Foxá, 31
28036 Madrid