

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE TEST DE AUTODIAGNOSTICO DE DETECCIÓN DE ANTIGENOS DE SARS-CoV-2

Datos del paciente:			
Nombre y apellidos:		DNI/NIE/Pasaporte:	
Fecha de nacimiento:		Población:	
Email:		Teléfono:	

He sido informado del procedimiento que el farmacéutico, en la oficina de farmacia abajo indicada, va a seguir para realizar una prueba de autodiagnóstico de determinación de antígenos del SARS-CoV-2. Sé que consiste en que el farmacéutico me asistirá, en una zona adecuada de la farmacia, en la realización de un test y conozco que un resultado positivo indicaría que soy sospechoso de tener infección activa por coronavirus. Igualmente conozco que la técnica consiste en una toma de muestra nasal o en saliva y un procesamiento de la misma y que dicho procesamiento será llevado a cabo por el farmacéutico. Sé que se trata de una técnica poco molesta ya que en las instrucciones de uso no figuran importantes daños o efectos secundarios, pero en cualquier caso, ninguna prueba está exenta de riesgo.

Sé que mis datos personales serán utilizados para elaborar un informe con el resultado. Y sé que en función del resultado se deberá actuar de acuerdo a las siguientes instrucciones:

- Si el resultado es positivo, debe ser confirmado con otros análisis más precisos en el centro de referencia, para lo que el farmacéutico pedirá cita con mi médico de Atención Primaria. A su vez, deberé aislarme inmediatamente y esperar a que se pongan en contacto desde la Consejería de Salud para la realización de la prueba confirmatoria. No está prevista la transferencia de su información personal fuera del Espacio Económico Europeo.
- Si el resultado es negativo, no se puede excluir una infección por coronavirus y deberé seguir manteniendo las medidas de protección establecidas por la Consejería de Salud de la Región de Murcia.

He sido informado de que estos datos se conservarán durante el periodo de tiempo que las leyes obliguen, como la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Una vez finalizados los plazos legales aplicables, se procederá a eliminarlos de forma segura.

En cualquier momento puedo dirigirme a la oficina de farmacia abajo indicada para saber qué información tienen sobre mí, rectificarla si fuese incorrecta y eliminarla una vez finalizada nuestra relación, en el caso de que ello sea legalmente posible. Para solicitar alguno de estos derechos, podré realizar una solicitud escrita, junto con una fotocopia de mi DNI.

En caso de que entienda que mis derechos han sido desatendidos por dicha entidad, podré formular una reclamación en la Agencia Española de Protección de Datos (www.aepd.es).

Igualmente conozco que el farmacéutico está obligado a mantener la confidencialidad de mis datos.

En base a lo anteriormente expuesto, por el presente documento **CONSIENTO**:

- La asistencia para la realización del Test de Autodiagnóstico para la detección de Antígenos de SARS-CoV-2, por parte del farmacéutico/a en la oficina de farmacia abajo indicada.
- Que los datos personales aportados, así como la información resultante del test, puedan ser facilitados a las autoridades sanitarias competentes.

En _____ a _____ de 2022.

Firma del/la paciente:

OFICINA DE FARMACIA:
(SELLO)

INFORMED CONSENT FOR THE PERFORMANCE OF SARS-CoV-2 ANTIGEN DETECTION SELF-DIAGNOSIS TEST

Patient's data:			
Name and surnames:		ID/NIE/Passport:	
Date of birth:		City:	
Email:		Telephone:	

I have been informed about the procedure that the pharmacist, in the pharmacy office indicated below, is going to follow to perform a self-diagnosis test to determine SARS-CoV-2 antigens. I know that it consists in the pharmacist assisting me, in an adequate area of the pharmacy, in carrying out a test and I know that a positive result would indicate that I am suspected of having an active coronavirus infection. I also know that the technique consists of a taking of a nasal or saliva sample and its processing, and that processing will be carried out by the pharmacist. I know that it is not a very unpleasant technique since the instructions for use do not list major damages or side effects, but in any case, no test is without risk.

I know that my personal data will be used to prepare a report with the result. And I know that, depending on the result, it is necessary to act according to the following instructions:

- If the result is positive, it must be confirmed with other more precise tests in the centre of reference, for which the pharmacist will make an appointment with my Primary Care doctor. At the same time, I will have to isolate immediately and wait until I am contacted by the Ministry of Health to carry out the confirmatory test. The transfer of your personal information out of the European Economic Area is not planned.
- If the result is negative, an infection by coronavirus cannot be excluded and I must continue keeping the protection measures established by the Health Ministry of the Region of Murcia.

I have been informed that these data will be kept for the period of time that the laws require, as the Law 41/2002, of November 14th, basic regulatory of the patient's autonomy and the rights and obligations in matter of clinic information and documentation. Once the applicable legal periods have expired, they will be eliminated safely.

At any time, I can go to the pharmacy's office indicated below in order to know what information they have about me, rectify if it was incorrect and eliminate it once our relationship is finished, in the case it is legally possible. To request any of these rights, I can make a written request, along with a photocopy of my ID card.

In the event that I consider that my rights have been neglected by said entity, I may file a complaint in the Spanish Agency of Data Protection (www.aepd.es).

I also know that the pharmacist is obliged to maintain confidentiality if my data.

Based on the foregoing, I hereby **CONSENT**:

- The assistance for the completion of the Self-diagnosis Test for the detection of SARS-CoV-2 antigens, by the pharmacist at the pharmacy office indicated below.
- That the personal data provided, as well as the information resulting from the test can be facilitated to the competent sanitary authorities.

In _____ on _____ of 2022.

Patient's signature:

**PHARMACY OFFICE:
(STAMP)**