

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE TEST RÁPIDOS PARA LA DETECCIÓN DE CORONAVIRUS (COVID-19)

1. La realización de este test es totalmente voluntaria, por la que la firma de este documento supone la aceptación de la misma.

2. Procedimiento para realizar el test:

Se le realizará una punción capilar en el dedo de una mano para obtener una muestra sanguínea de aproximadamente 20ul que será analizada por el personal sanitario designado. Es muy importante que realice una buena higiene de manos antes de realizarse la prueba.

Riesgos: son los derivados de la realización de una toma de sangre mediante punción capilar, dolor en el lugar de la punción, sangrado excesivo (poco frecuente), desmayo o sensación de mareo, infección (riesgo leve) y cicatrización anómala.

3. Este tipo de test detecta si Ud. tiene anticuerpos contra el Covid-19, en función del resultado puede que sea necesario realizarse otro tipo de prueba denominada PCR, en su centro de salud /hospital de referencia. En este caso usted recibirá instrucciones de acorde a las instrucciones vigentes del SAS
4. Un resultado negativo, implica que no hay respuesta inmunitaria frente al coronavirus, aunque no podría descartar una infección reciente. Este resultado no se comunicará, de forma que si la persona no ha sido informada en el plazo de unos 30 minutos desde la realización del test es que es negativo.
5. Si el resultado es indeterminado se volverá a repetir el test.
6. Los resultados se comunicarán a la mayor brevedad posible de manera individualizada mediante comunicación telefónica a aquellas personas que el resultado es indeterminado, nulo o positivo.

En el caso de resultados positivos se deberá contactar con los Servicios de epidemiología de la Delegación Territorial de Salud de su

provincia que le dará indicaciones de cómo actuar. La enfermedad Covid-19, es una enfermedad de declaración obligatoria por lo que el resultado debe comunicarse a las autoridades sanitarias competentes con la finalidad del seguimiento y control de la pandemia por coronavirus.

IMPORTANTE.- Esta prueba indica su situación actual (en el día y hora en que se ha realizado la prueba) por lo que es muy importante que siga tomando las precauciones recomendadas para evitar posibles contagios.

D/Dña: _____
con DNI: _____, fecha de nacimiento _____
y domicilio en la localidad de, _____
Telf _____ móvil: _____ perteneciente al Club _____
afiliado a la FEDERACION ANDALUZA DE BALONCESTO.

Manifiesto que he sido informado/a por escrito sobre los beneficios y riesgos que supone la realización del test rápido de coronavirus, he entendido y no tengo dudas sobre la realización de dicha prueba y sobre que mis datos personales serán tratados por las autoridades sanitarias pertinentes.

Fdo.:.....

CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS.

En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos le informamos que:

- a) El responsable del tratamiento de sus datos es la Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía.
- b) Los datos que nos proporciona son necesarios para el control de epidemias y su propagación, estando legitimado el tratamiento en base a una misión realizada en interés público.
- c) Usted puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, así como otros derechos, como se explica en la información adicional publicada en: <http://www.juntadeandalucia.es/protecciondedatos>