



## CONSENTIMIENTO DE INFORMACION PARA LA RECOGIDA DE MUESTRAS Y DIVULGACION DE PRUEBAS DE LABORATORIO

POR FAVOR LEA ATENTAMENTE Y FIRME EL SIGUIENTE CONSENTIMIENTO PARA EFECTUAR LAS PRUEBAS Y DIVULGAR INFORMACION:

- A.** Autorizo a **RCA Laboratory Services, LLC d / b / a GENETWORx** o su subcontratista ("**GENETWORx**") a realizar la recolección y análisis de **COVID-19** a través de un hisopado nasal.
- B.** Autorizo que los resultados de mi prueba sean **divulgados** al **Condado, Estado** o cualquier otra entidad **Gubernamental según lo requiera la ley.**
- C.** Reconozco que un resultado **positivo** de la prueba es una indicación de que debo aislarme a mí mismo y / o usar una máscara o una cubierta facial como se indica en un esfuerzo por evitar infectar a otros.
- D.** Entiendo que **GENETWORx** no está actuando como mi proveedor médico, esta prueba no reemplaza el tratamiento de mi proveedor médico, y asumo la responsabilidad completa y total de tomar las medidas adecuadas con respecto a los resultados de mi prueba. Acepto que buscaré consejo médico y tratamiento de mi proveedor médico si tengo preguntas o inquietudes, o si mi condición empeora.
- E.** Entiendo que, al igual que con cualquier prueba médica, existe la posibilidad de un resultado falso positivo o falso negativo de la prueba **COVID-19**. Yo, el abajo firmante, he sido informado sobre el propósito de la prueba, los procedimientos, los posibles beneficios y riesgos, y he recibido una copia de este Consentimiento informado. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas antes de firmar y se me ha dicho que puedo hacer preguntas adicionales en cualquier momento.

**Acepto voluntariamente hacerme esta prueba para COVID-19**

\_\_\_\_\_  
(Nombre) (Firma) (Fecha)

**Se requiere la firma de un padre o tutor autorizado para personas menores de 18 años:**

\_\_\_\_\_  
(Nombre) (Firma) (Fecha)



## AUTORIZACION PARA LA DIVULGACION DE INFORMACION

Yo, autorizo a **RCA Laboratory Services, LLC (GENETWORx)** para divulgar los resultados del examen del **COVID-19** a **Keeneland Associaton Inc. (Provider)**

### LA INFORMACION A SER DIVULGADA

Entiendo que la información a ser divulgada incluirá cualquiera de la siguiente Información Médica Protegida, según esté disponible:

\* Resultados de la prueba **COVID-19**, incluido para detectar la presencia de **COVID-19**.

### CONDICIONES DE AUTORIZACION

Entiendo que **GENETWORx** está proporcionando esta prueba de detección de **COVID-19** a solicitud de **Keeneland Association Inc** y con el propósito de divulgar los resultados a **(Proveedor)** y, por lo tanto, si me niego a firmar esta autorización, entonces no seré elegible para recibir el test para detectar el **COVID- 19**.

He leído lo anterior y autorizo la divulgación de mi **Información Médica Protegida a Keeneland Association, Inc:**

\_\_\_\_\_ (Nombre)

\_\_\_\_\_ ( Firma)

\_\_\_\_\_ (Fecha)

## Informacion del Medico

Especialidad Del Medico \_\_\_\_\_

Nombre Del Medico \_\_\_\_\_

NPI # \_\_\_\_\_

Telefono de Clinica \_\_\_\_\_

Nombre del contacto en la Clinica \_\_\_\_\_

X \_\_\_\_\_  
Firma Del Medico

## Información del Paciente

Nombre Del Paciente \_\_\_\_\_  
(First Name, Last Name)

Direccion \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

Celular # \_\_\_\_\_

Q Acepta ser contactado a través de un sistema automatizado con llamadas telefónicas o mensajes de texto con respecto a su pedido de laboratorio. Puede optar por no recibir llamadas o mensajes de texto enviando un mensaje de texto STOP o llamando al (855) 436-8979.

SS# \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sexo:  Mas.  Fem.

Alergia (s) a Medicamentos:  NKA \_\_\_\_\_

## Informacion del Examen

Fecha del examen \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## Informacion de Facturacion (Por favor adjunte copia de la tarjeta de seguro ambos lados)

Primaria  
 Medicare  Medicaid  Insurance  Pago propio  Medico que ordena  Informacion de facturacion adjunta

Aseguradora \_\_\_\_\_ Numero de Poliza \_\_\_\_\_ Grupo \_\_\_\_\_

Secundaria  
 Medicare  Medicaid  Insurance  Pago propio  Medico que ordena (no ins. info needed)

ICD-10 CODE(S) \_\_\_\_\_

*(Lea al reverse para referencias)*

**Panel de Patogenos respiratorios COVID-19**

**Panel de Patogenos respiratorios**

### Viral Targets

Influenza A	Rinovirus / Enterovirus	Adenovirus
Influenza A H1	Virus de la parainfluenza 1	Coronavirus HKU1
Influenza A H3	Virus de la parainfluenza 2	Coronavirus NL63
Influenza B	Virus de la parainfluenza 3	Coronavirus 229E
Virus Respiratorio sincitial A	Virus de la parainfluenza 4	Coronavirus OC43
Virus Respiratorio sincitial B	Metaneumovirus humano	Bocavirus humano

### Objetivos bacterianos

**COVID-19 Solamente**

**Estreptococo del Grupo A**

**Bordetella Tosferina / Parapertusis**

**Gripe A**

1. INSTRUCCIONES DE LA ETIQUETA DE LA MUESTRA:  
 2. 1. Complete la información requerida arriba (áreas resaltadas y solicitud de prueba).  
 3. 2. Retire las etiquetas y coloque una etiqueta con un código de barras VERTICALMENTE en cada vial de muestra (no en la tapa).  
 4. 3. Deseche las etiquetas no utilizadas. El código de barras único identifica al paciente con esta solicitud.

Asegúrese de que el nombre del paciente, la solicitud de la prueba y la fuente de la muestra estén indicados para que la etiqueta y el registro coincidan. Se requieren dos identificadores de paciente en cada muestra enviada.

**\* INSTRUCCIONES DE AVISO ANTICIPADO PARA BENEFICIARIOS**  
 Todas las pruebas de este formulario están sujetas a limitaciones de cobertura por parte de Medicare y pueden requerir que el paciente firme una Notificación anticipada al beneficiario (ABN) antes de obtener la muestra. Cuando es probable que Medicare rechace las pruebas solicitadas, complete una ABN separada con la firma del paciente y fecha, enviándolo con esta requisición.

NOTA: Para la conveniencia de los médicos encargados, se enumeran los siguientes códigos ICD-10. Los médicos no están obligados a utilizar estos códigos, pero deben informar los códigos de diagnóstico que mejor describan la razón para realizar la prueba.

**DIAGNÓSTICO RPP CÓDIGOS ICD 10**

<b>MARCA (V)</b>	<b>ICD-10</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>
	J12.89	Neumonía viral
	B97.29	Otra neumonía viral
	J20.8	Bronquitis aguda
	B97.29	Bronquitis aguda debida a otros microorganismos específicos
	NOS – J22	Infección de las vías respiratorias inferiores
	B97.29	Infección aguda de las vías respiratorias inferiores no especificada
	J80, B97.29	Síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA)
	Z20.828	Exposición a COVID19
	R05	Tos
	R06.02	Dificultad para respirar
	R50.9	Fiebre