

**FORMULARIO DE PETICIÓN PRUEBA DIAGNÓSTICA COVID19 (SARS-CoV-2)**

**EUROFINS-LABORATORIO DR. VALENZUELA**

**FECHA:** \_\_\_\_\_ **CÓDIGO:**

**PACIENTE**

Colegiado en el Colegio de Médicos de Pontevedra

Familiar directo de Colegiado en el Colegio de Médicos de Pontevedra

En cualquiera de los dos casos anteriores, Numero del colegiado \_\_\_\_\_

**Apellidos y Nombre :** \_\_\_\_\_ **DNI** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_; **edad en años** \_\_\_\_ **Sexo:** Hombre  Mujer

Provincia de residencia \_\_\_\_\_ Municipio de residencia \_\_\_\_\_

**Teléfono de contacto:** \_\_\_\_\_

**PRUEBA SOLICITADA**

- COV2PCR     COV19 SEROLOGÍA IgG / IgM  
 COV19 Test Rápido IgG/IgM     Test Antígenos COV19

**PRESENCIA DE SINTOMAS**    SI     NO     Fecha de inicio de los Síntomas    \_\_/\_\_/\_\_

Fiebre     Tos     Pneumonía     Distres Respiratorio Agudo     Fallo Renal   

Otros \_\_\_\_\_

**FACTORES DE RIESGO O ENFERMEDADES DE BASE**    SI     NO     NS/NC

Diabetes     Enf. cardiovascular     HTA     Enf. pulmonar crónica     Otros \_\_\_\_\_

**Puede haber tenido contacto estrecho con algún caso de COVID 19**    SI     NO

**¿Ha viajado alguna area con transmisión comunitaria?**    SI     NO

EUROFINS MEGALAB, S.A.U. y Laboratorios del GRUPO, como responsable del tratamiento de sus datos personales le informa que estos datos serán tratados de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos personales, y en particular del Reglamento (UE) 2016/679 (RGPD), con el fin de elaborar informes clínicos, su facturación, comprobar la correcta prestación del servicio y avisar de incidencias. También autorizo a la cesión de los datos como del resultado de la prueba diagnóstica de COVID – 19, a las autoridades sanitarias competentes que lo requieran como viene dispuesto en la ORDEN SND/344/2020 13 Abril 2020. Los datos se conservarán mientras exista un interés mutuo para mantener el fin del tratamiento y cuando ya no sea necesario para tal fin, se suprimirán con medidas de seguridad adecuadas para garantizar la seudonimización de los datos o la destrucción total de los mismos. Los datos podrán ser comunicados a entidades sanitarias autorizadas que realicen pruebas analíticas para las que EUROFINS MEGALAB S.A., no disponga de medios necesarios, o a la sociedad médica por la que se encuentra asegurado, con la finalidad de proceder al cobro de la prestación. Puede ejercer sus derechos (derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento, acceso, rectificación, portabilidad, supresión, limitación u oposición a su tratamiento) en EUROFINS MEGALAB S.A., c/ Valderribas, 71 - 3º, 28007 Madrid. Puede presentar reclamación ante la autoridad de control (agpd.es) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_