

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**

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: _____