



PORTOFINO IV CENTER  
901-A SW 87 AVE  
MIAMI, FL 33174  
TEL: 305-225-6266  
FAX: 305-225-6296  
INFO@FAMILYREHAB.US

Lea atentamente el siguiente documento y firme:

una. Autorizo ??a este Centro de Pruebas de Covid-19 "Family Rehab / Communitel", a adquirir una muestra nasofaríngea y examinar la muestra para la detección de Covid-19 según lo requieran las agencias de salud pública.

B. Autorizo ??a que mis resultados se comuniquen a cualquier agencia gubernamental o según lo exija la ley. También autorizo ??la comunicación de mis resultados positivos a las aerolíneas y cruceros según lo requiera el Gobierno del Condado de Miami-Dade. Esta autorización es válida por un período de un (1) año a partir del día en que fue firmada.

C. Entiendo que un resultado positivo es una indicación de que debo ponerme en cuarentena, usar una máscara o cubrirme la cara para no contagiar a otros

D. Entiendo que este laboratorio no actúa como mi médico y no reemplaza la necesidad de atención médica cuando sea necesario. También acepto la responsabilidad de mis resultados y lo que significan. Acepto obtener una consulta médica con mi médico para aclarar cualquier inquietud que tenga, para obtener atención/tratamiento si mi condición empeora.y. Entiendo que, al igual que otros procedimientos de diagnóstico, existe la posibilidad de una prueba de falso positivo o falso negativo para Covid-19

mi. Entiendo que "Family Rehab and Communitel", no son de ninguna manera responsables si el cliente/paciente no llega a tiempo a su vuelo/lo pierde o se encuentra en cuarentena al llegar a su destino. Entiendo que la responsabilidad de elegir el tipo de prueba necesaria para mi destino es mía y sólo mía.

F. Entiendo que "Family Rehab and Communitel", no son de ninguna manera responsables si el cliente/paciente no llega a tiempo a su vuelo/lo pierde o está en cuarentena al llegar a su destino. Entiendo que la responsabilidad de elegir el tipo de prueba necesaria para mi destino es mía y sólo mía.

gramo. Entiendo y acepto que "Family Rehab and Communitel" no brinda cancelaciones ni reembolsos una vez que se ha administrado la prueba. Yo, el paciente/cliente, he sido informado del propósito de la prueba, los procedimientos, los posibles beneficios y riesgos. También he recibido una copia de este consentimiento. Me han dado la oportunidad de hacer preguntas antes de firmar. Acepto esta prueba de Covid-19 voluntariamente, para mis necesidades personales, comerciales o de viaje

Nombre del cliente

**my full name**

Nombre

**my full name**

Segundo nombre

**my full name**

Apellido

**(123) 456-7890**

phone:

**male**

Género:

fecha de nacimiento del cliente Client's date of birth

**2022-01-19**

Información adicional del cliente

**(123) 456-7890**

Pasaporte #

Fiebre

☐ Sí

☒ No

Tos (nueva aparición o empeoramiento de tos crónica) \*

☐ sí

☒ No

Dolor de garganta

☐ Sí

☒ No

Dificultad para respirar (disnea)

☐ sí

☒ No

Náuseas \*

☐ Sí

☐ No

Dolor abdominal \*

☐ sí

☒ No

Escalofríos \*

☐ Sí

☒ No

Dolor de cabeza

☐ Sí

☒ No

Dolores musculares (mialgia)

- ☐ sí  
☒ No

Fatiga \*

- ☐ sí  
☒ No

Goteo nasal (rinorrea) \*

- ☐ sí  
☒ No

Vomiting

- ☐ Yes  
☒ No

Diarrea (3 deposiciones blandas/día)\*

- ☐ sí  
☒ No

Pérdida del olfato \*

- ☐ sí  
☒ No

Pérdida del gusto

- ☐ sí  
☒ No

**(123) 456-7890**

Otras especifican

**(123) 456-7890**

Fecha de aparición de los primeros síntomas

## Prueba de laboratorio

**Tipo de prueba: hisopo nasal (PCR) / antígeno / SARS-COV-2**

Seleccione la prueba

- ☐ profile.ANTÍGENO ANTÍGENO
- ☐ RT-PCR
- ☐ PCR-24hrs
- ☐ PCR-24hrs
- ☒ PCR

A handwritten signature in black ink, consisting of a horizontal line followed by a sharp upward curve.

**Firma del cliente**

## Dirección del cliente

Dirección 1: **full street address**

Dirección 2: **street address line number two**

Zip/Código postal: **zip code or postal code**

Estado/Provincia: **Alabama**

País: **Afghanistan**

**Dirección de correo electrónico**

**me@mydomain.com**

Dirección de correo electrónico

## **INFORMACIÓN DE VUELO/CRUCEROS**

**Air Lingus (EI)**

Aerolínea/Línea de cruceros\*

**2**

DestinoDestination

**2**

Número de vuelo/crucero

## **Aceptación de firma electrónica**

☒ Al marcar la casilla ts, acepta que se utilizará su firma electrónica en lugar de su firma manuscrita. Si esto no es lo que desea, tiene derecho a pedir que se firme una copia en papel. Al marcar esta casilla, usted ejerce este derecho Al aceptar, puede solicitar por escrito que le enviemos una copia en papel del registro electrónico. No tendrá que pagar nada por dicha copia, y no necesita ningún software o hardware especial para verla. Su aceptación de la firma electrónica para cualquier documento permanecerá vigente hasta el momento en que nos notifique verificando que ya no desea utilizar la firma electrónica. La revocación de su aceptación no supondrá ninguna sanción para usted Su aceptación de la firma electrónica para cualquier documento permanecerá vigente hasta el momento en que nos notifique verificando que ya no desea utilizar la firma electrónica. La revocación de su aceptación no supondrá penalización alguna para usted.