



**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA  
PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO: PRUEBA SEROLÓGICA PARA  
DETECCIÓN DE ANTICUERPOS CONTRA SARS COV 2 y  
PRUEBA MOLECULAR (COVID-19)**

Yo, \_\_\_\_\_ identificado (a) con DNI N°

\_\_\_\_\_, trabajador (a) de la Empresa \_\_\_\_\_,

con Puesto de Trabajo: \_\_\_\_\_.

Certifico haber sido informado (a) sobre el Procedimiento de la Prueba Serológica (Rápida) para detección de anticuerpos contra SARS CoV 2, causante de la Enfermedad Conocida como COVID-19, así como de la Prueba Molecular para detección de material del virus SARS CoV 2; y que mis datos personales serán protegidos con la debida confidencialidad, por lo tanto OTORGO MI CONSENTIMIENTO para la toma de la muestra y ejecución de la prueba correspondiente, y AUTORIZO que los resultados sean notificados a los responsables de mi empresa para que se generen las acciones pertinentes desde el punto de vista sanitario.

El presente documento se encuentra enmarcado en el Artículo 15°, Octavo párrafo de la Ley General de Salud N° 26842. Declaro que he dado esta autorización voluntariamente.

Asimismo, he sido informado sobre los mecanismos de entrega de los resultados de las pruebas de tamizaje realizadas el día de hoy, por lo que deseo que esta entrega se realice a través de **(sólo puede marcar uno de ellos)**:

- El envío a mi teléfono celular, con número \_\_\_\_\_
- Entrega por megáfono en Sala de Espera

\_\_\_\_\_  
Firma

Arequipa, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma del Responsable de la Prueba