



**CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN  
DE PRUEBAS DEL COVID-19**

**Formulario  
para menores  
de 18 años**

Children's Hospital Los Angeles (CHLA) ofrece pruebas de detección del SARS-CoV-2 (también denominado "COVID-19") virales y serológicas (o de anticuerpos). Las pruebas virales y las pruebas serológicas no están diseñadas para la administración de tratamiento. CHLA está utilizando pruebas virales como un componente opcional de su programa de detección del COVID-19.

Entiendo que cualquier prueba del COVID-19, incluidas las pruebas utilizadas por CHLA, tienen el potencial de arrojar un resultado falso positivo o falso negativo. Entiendo que, ya sea que el resultado de la prueba dé positivo o negativo, sin importar qué tipo de prueba sea, debo tomar medidas para protegerme a mí mismo y a las demás personas de infecciones y de la transmisión. Las pruebas virales únicamente revelan si el virus se encuentra presente actualmente en el cuerpo de una persona; una prueba viral negativa no es un certificado de buena salud y no significa que usted no pueda infectarse más adelante.

Entiendo que al someterme a pruebas virales o serológicas y acceder a estos resultados, no estoy estableciendo una relación como paciente con CHLA. Las pruebas no reemplazan la evaluación y el tratamiento independientes por parte de mi profesional de atención médica. Asumo la responsabilidad total y completa de tomar las medidas apropiadas con relación a los resultados de mi prueba.

Al firmar a continuación, reconozco, entiendo y estoy de acuerdo con las siguientes afirmaciones:

- Doy mi consentimiento para que CHLA me haga la prueba del COVID-19.
- Me ofrecieron o me proporcionaron una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de CHLA.
- Eximo de responsabilidad a CHLA, incluidos, sin limitación, sus empleados, agentes y contratistas, de toda responsabilidad y reclamo.
- Mi consentimiento para que CHLA haga la prueba del COVID-19 y la anterior disposición de exención de responsabilidad se aplican a esta prueba o pruebas del COVID-19 y a toda prueba futura que CHLA realice.
- Mi firma en este consentimiento es voluntaria y mi intención es quedar comprometido legalmente por la misma.

\_\_\_\_\_  
Firma (padre/madre/tutor)

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde (padre/madre/tutor)

\_\_\_\_\_  
Fecha

Si firma una persona distinta a la persona a la que se le realiza la prueba del COVID-19:

Nombre de la persona a la que se le realizó la prueba: \_\_\_\_\_

Relación con la persona a la que se le realizó la prueba: \_\_\_\_\_