eurofins | MEGALAB

medicur

FORMULARIO DE PETICIÓN ESTUDIO INFECCIÓN CORONAVIRUS (SARS-CoV-2)

PROCEDENCIA – _____

DATOS PACIENTE (Rellenar por el paciente)

ETIQUETA IDENTIFICATIVA

APELIDOS: _____

NOMBRE: _____

eMAIL: _____

DOMICILIO:_____

TELEF.: _____TARJETA SANITARIA:_____

DÍA DE EXTRACCIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	DNI	SEXO
/ /	/ /		☐ HOMBRE ☐ MUJER

PRUEBA SOLICITADA

☐ **COV2PCR**

☐ **COV19 SEROLOGÍA IGG IGM**

INFORMACIÓN CLÍNICA

Fecha de inicio de síntomas (dd/mm/aaaa):_____/_____/ _____

Presentación clínica	SI	NO	NS/NC
Fiebre	☐	☐	☐
Tos	☐	☐	☐
Neumonía	☐	☐	☐
Pérdida de gusto/olfato	☐	☐	☐
Escalofríos	☐	☐	☐
Dificultad respiratoria	☐	☐	☐
Vómitos	☐	☐	☐
Diarrea	☐	☐	☐
Síndrome de Distress Respiratorio Agudo	☐	☐	☐
Otros cuadros respiratorios graves	☐	☐	☐
Fallo renal agudo	☐	☐	☐

Otros síntomas/signos clínicos o radiológicos Especificar

_____

eurofins | MEGALAB

medicur tu centro médico de confianza

FORMULARIO DE PETICIÓN ESTUDIO INFECCIÓN CORONAVIRUS (SARS-CoV-2)

Factores de riesgo y enfermedad de base: Si ☐ No ☐ NS/NC ☐

☐ Diabetes

☐ Enfermedad cardiovascular (incluida hipertensión) Enfermedad hepática crónica

☐ Enfermedad pulmonar crónica Enfermedad renal crónica

☐ Enfermedad neurológica o neuromuscular crónica Inmunodeficiencia (incluyendo VIH)

☐ Embarazo. Trimestre _____

☐ Post-parto (<6 semanas) Cáncer

☐ Mayor de 60 años

☐ Otras:_____

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Antecedentes de riesgo en los 14 días previos al inicio de síntomas (marcar las casillas que correspondan):

¿Puede haber tenido contacto estrecho con un enfermo de infección respiratoria aguda?

Sí ☐ No ☐ NS/NC ☐

Tipo de lugar (trabajo, clase, hogar….)_____

Puede haber tenido contacto estrecho con un caso de COVID-19 probable o confirmado.

Sí ☐ No ☐ NS/NC ☐

¿Ha viajado a áreas con evidencia de trasmisión comunitaria?

Sí ☐ No ☐ NS/NC ☐

Especificar fechas del viaje:

Solicitud prescrita por: _____ el ___ del _____ de 2020.

Firma del médico:

MEDICUR, S.L. es el Responsable del tratamiento de los datos personales proporcionados bajo su consentimiento y le informa de que estos datos serán tratados de conformidad con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril (GDPR), y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre (LOPDGDD),con la finalidad de mantener una relación comercial (por interés legítimo del responsable, art. 6.1.f GDPR) y conservarlos durante no más tiempo delnecesario para mantener el fin del tratamiento o mientras existan prescripciones legales que dictaminen su custodia. No se comunicarán los datos a terceros, salvo obligación legal. Asimismo, se le informa de que puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, portabilidad y supresión de sus datos y los de limitación y oposición a su tratamiento dirigiéndose a MEDICUR, S.L. en RONDA PIO XII, 1 1º 17, - 41008 SEVILLA (Sevilla). Email: dpd@medicur.es y el de reclamación a www.aepd.es. Datos de contacto del DPO: Ronda Pio XII - dpd@medicur.es

Firma del paciente:

_____