



PETITORIO ANTIGENO COVID 19

ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA:

Marque la casilla correspondiente SI ha tenido los siguientes síntomas en los últimos 5 días:

- TOS DOLOR DE GARGANTA FIEBRE
- PÉRDIDA DE GUSTO (AGEUSIA) PÉRDIDA DE OLFATO (ANOSMIA) DIARREA
- DOLOR DE CABEZA DIFICULTAD PARA RESPIRAR OTROS: _____

FECHA TOMA DE MUESTRA: ____/____/____

DATOS PACIENTE

Nombre: _____

Apellidos _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ TELEFONO: _____

DNI-NIE-PASAPORTE: _____ SEXO: _____

Domicilio: C/ _____ - N.º: _____ PISO: _____

MUNICIPIO: _____ C.P: _____ PROVINCIA: _____

MAIL: _____

CASTELLANO

INGLES

FRANCÉS

Consentimiento del paciente para la comunicación de Resultados:

Mediante la firma del presente documento consiento a Trabus S.L la comunicación del resultado de la prueba COVID19 que se me va a realizar al médico solicitante de la misma que se indica en el presente documento.

Firma del paciente:

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE EL TRATAMIENTO DE LOS DATOS PERSONALES

Responsable del tratamiento: Trabus S.L. **Finalidades del tratamiento:** principal: prestarle el servicio médico. **Derechos:** puede acceder, rectificar, suprimir, limitar, portar, oponerse al tratamiento de sus datos de manera gratuita tal y como se explica en nuestra política de protección de datos. También puede ponerse en contacto con nuestro Delegado de Protección de Datos (medical@medicalsanturtzi.com) o presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos (www.aepd.es).