

## PETITORIO PCR NASOFARINGEA 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 IMQ ANALITICAS 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:** IMQ ANALÍTICAS, 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 ([dpd@imq.es](mailto:dpd@imq.es)) o presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos ([www.aepd.es](http://www.aepd.es)). **Información adicional:** en nuestra política de Protección de Datos en <https://imqanalisis.es/proteccion-datos/>