



AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN Y EL USO DE INFORMACIÓN MÉDICA

Autorizo que Machaon Diagnostics, Inc. analice mi muestra y las siguientes muestras para detectar el virus SARS-CoV-2, el agente causal de COVID-19.

Autorizo que Machaon Diagnostics, Inc. reporte los resultados de las pruebas al empleador que aparece a continuación. Comprendo que será mi empleador (no Machaon Diagnostics, Inc. Directamente) quien me notificará si se obtiene un resultado positivo o negativo. Los resultados se utilizarán para controlar las infecciones de la COVID-19 en mi compañía o institución.

Comprendo que Machaon Diagnostics, Inc. obtendrá y reportará mi información, si lo exige la ley, al condado, estado u otras entidades gubernamentales.

Machaon Diagnostics, Inc. cumplirá lo establecido por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguros Médicos de 1996, Pub L. no. 104-191 ("HIPAA") en lo que se refiere al uso o divulgación de información médica protegida (según se define en 45 C.F.R. Sección 160.103) ("PHI").

Comprendo que, al igual que ocurre con otras pruebas médicas, existe la posibilidad de resultados falsos positivos o falsos negativos.

Yo, el abajo firmante, he sido informado sobre el propósito de la prueba, el procedimiento de recogida y de los posibles beneficios y riesgos. Me han dado la oportunidad de hacer preguntas antes de firmar y me han dicho que puedo hacer más preguntas en cualquier momento. Autorizo la divulgación y el uso de mi información médica como se describe arriba para los propósitos mencionados arriba. Acepto de manera voluntaria someterme a la prueba de la COVID-19 con regularidad tal como se describe anteriormente.

Nombre (con letra de molde): _____

Firma: _____ Fecha: _____

Empleador: _____