



VMRC COVID-19 Testing

Informed Consent

Please carefully read and sign the following Informed Consent:

- a. I authorize this COVID-19 testing unit at VMRC to conduct collection and testing for COVID-19 through a nasopharyngeal/oropharyngeal swab.
- b. I authorize my test results to be disclosed to VMRC Clinical and COVID-19 Testing Staff or VMRC Human Resources.
- c. I acknowledge that a positive test result is an indication that I must self-isolate and/or wear a mask or face covering as directed in an effort to avoid infecting others.
- d. I understand the VMRC testing unit is not acting as my medical provider, this testing does not replace treatment by my medical provider, and I assume complete and full responsibility to take appropriate action with regards to my test results. I agree, I will seek medical advice, care and treatment from my medical provider if I have questions or concerns.
- e. I understand that, as with any medical test, there is the potential for a false positive or false negative COVID-19 test result. I, the undersigned, have been informed about the test purpose, procedures, possible benefits and risks, and I have received a copy of this Informed Consent. I have been given the opportunity to ask questions before I sign, and I have been told that I can ask additional questions at any time. I voluntarily agree to this testing for COVID-19.

I am a VMRC Staff Consumer Provider VMRC Staff Family Consumer/Provider Family

PRINT First Name and Last Name

Signature of Patient or Representative



Pruebas DE VMRC COVID-19

Consentimiento informado

Lea atentamente y firme el siguiente Consentimiento Informado:

- a. Autorizo a esta unidad de prueba COVID-19 en VMRC para llevar a cabo la recolección y pruebas para COVID-19 a través de un hisopo nasofaríngeo/orofaríngeo.
- b. Autorizo que los resultados de mis pruebas se divulguen al personal de pruebas de VMRC Clinical y COVID-19 o a Recursos Humanos de VMRC.
- c. Reconozco que un resultado positivo de la prueba es una indicación de que debo auto - aislarme y/o usar una máscara o una cubierta facial como se indica en un esfuerzo por evitar infectar a otros.
- d. Entiendo que la unidad de pruebas VMRC no está actuando como mi proveedor médico, esta prueba no reemplaza el tratamiento por mi proveedor médico, y asumo la responsabilidad completa y completa de tomar las medidas apropiadas con respecto a los resultados de mis pruebas. Estoy de acuerdo, buscaré consejo médico, atención médica y tratamiento de mi proveedor médico si tengo preguntas o inquietudes.
- e. Entiendo que, como con cualquier prueba médica, existe la posibilidad de un resultado falso positivo o falso negativo COVID-19. Yo, el abajo firmante, he sido informado sobre el propósito de la prueba, procedimientos, posibles beneficios y riesgos, y he recibido una copia de este Consentimiento Informado. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas antes de firmar, y me han dicho que puedo hacer preguntas adicionales en cualquier momento. Acepto voluntariamente esta prueba para COVID-19.

Soy un Personal del VMRC Consumidor Proveedor Familia del personal de VMRC

Familia de Consumidores/Proveedores

PRINT First Name and Last Name

Signature of Patient or Representative