

Adjuntamos DECLARACIÓN RESPONSABLE con respecto a las pruebas diagnósticas destinadas a la detección del virus SARS CoV 2.

Don/Doña _____ con DNI _____, con domicilio en _____.

DECLARA BAJO SU RESPONSABILIDAD.

En base a la **ley del paciente 41/2002** que dice y se cita textualmente:

Artículo 2. Principios básicos.

2. Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la Ley.

3. El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles.

4. Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito.

Y a la **ley 2/2021, de 29 de marzo** y se cita textualmente,

Artículo 24. Detección y notificación.

*1. Los servicios de salud de las comunidades autónomas y de las ciudades de Ceuta y Melilla garantizarán que, en todos los niveles de la asistencia, y de forma especial en la atención primaria de salud, a **todo caso sospechoso de COVID-19** se le realizará una prueba diagnóstica por PCR (Reacción en Cadena de la Polimerasa) u otra técnica de diagnóstico de infección COVID-19, tan pronto como sea posible **desde el conocimiento de los síntomas**, y que toda la información derivada se transmita en tiempo y forma según se establezca por la autoridad sanitaria competente.*

SE DECLARA

No presentar síntomas de la enfermedad COVID 19. Recalcando por tanto, que **no tienen consentimiento por mi parte, para realizar ningún tipo de prueba relacionada con la COVID 19.**

Declaro así mismo que soy responsable de las consecuencias legales que puede acarrear la inexactitud de esta declaración.

FIRMADO