

MODELO DE COMUNICACIÓN DE RESULTADO TEST AUTODIAGNÓSTICO AG COVID-19

CIPNA

APELLIDOS

NOMBRE

SEXO: V

M

FECHA
NACIMIENTO

FECHA DE COMPRA:

SINTOMAS:

SI

Fecha de inicio

NO

FECHA
RESULTADO:

POSITIVO*

NEGATIVO

CONTACTO DE
CASO CONOCIDO:

SI

NO

FARMACIA:

Número

Titular

***Resultado positivo:**

Remitir el formulario a la siguiente dirección: antigenosfarmacia@navarra.es