

## RESULTADO DEL AUTOTEST DE ANTÍGENOS SUPERVISADO EN LA FARMACIA

### *Tarjeta para el paciente*

#### FARMACIA

NOMBRE: \_\_\_\_\_ NÚMERO:

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

#### PACIENTE

APELLIDOS: \_\_\_\_\_ NOMBRE: \_\_\_\_\_

CIPNA: \_\_\_\_\_

#### TEST DE AUTODIAGNÓSTICO

MARCA: \_\_\_\_\_ FECHA DE COMPRA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

#### REALIZACIÓN DEL TEST

FECHA: \_\_\_\_\_ RESULTADO: POSITIVO  NEGATIVO

#### NOTIFICACIÓN A SALUD PÚBLICA POR LA FARMACIA

SÍ  FECHA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

NO

Firma del farmacéutico y sello de la farmacia:

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de 2021