**CERTIFICADO DE DECLARACIÓN DE TEST DIAGNÓSTICO DE ANTÍGENOS COVID-19**

En la fecha de la firma del presente certificado, se ha practicado a la persona detallada como paciente, el test de diagnóstico de Antígenos homologado Panbio COVID-19 Ag Rapid Test Device (Abbot), habiendo obtenido el siguiente resultado:

NEGATIVO

[ ] [ ]

POSITIVO

Nombre y apellidos del paciente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de DNI del paciente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del paciente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por favor, acéptese este documento como confirmación del resultado.

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

Firmado por el profesional sanitario D/Dña.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, adscrito al Colegio Profesional de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con el nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_