

COMMUNITY COVID-19 TESTING

PLEASE PRINT YOUR INFORMATION

**IF YOU HAVE INSURANCE, PLEASE PROVIDE US THE INFORMATION.
 IF YOU DO NOT HAVE INSURANCE INDICATE SELF-PAY.
 THERE IS NO OUT OF POCKET COST FOR YOU.**

WEEKLY TESTING PROCEDURE TRAVEL COMMUNITY APPOINTMENT

Name _____ DOB _____

Address _____ City _____ State _____ Zip Code _____

Phone # _____ SS# _____

Language English Spanish Other _____ Race _____

Sex Male Female Marital Status Married Divorced Single Widowed Unknown

Insurance Private Name _____

Charity Care Medicare Self-Pay St. Joseph's Employee Insurance ID _____

E-mail address: _____@_____.COM

(You will get an email to sign onto the Patient Portal. You will be able to see your results as soon as they are ready- One email per patient)

Emergency Contact Name: _____

Relationship Spouse Other _____ Phone _____

=====

- | | | |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • 1ST COVID-19 Test <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO • COVID-19 Exposure <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO • Healthcare Employee
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO • Hospitalized for COVID-19
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO | <ul style="list-style-type: none"> • Group Home Resident
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO • Pregnant <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/A • Pre-Procedure Pt. <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO • Tested Positive <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO | <ul style="list-style-type: none"> • COVID-19 symptoms less than 5 days
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO • COVID-19 Symptoms as per CDC
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO Fever, cough, shortness of breath, loss of taste or smell, sore throat, nausea, vomiting, etc. |
|---|--|---|

=====

Informed Consent for COVID-19 Testing

Please read carefully the following informed consent:

- 1- I consent to taking a COVID-19 PCR by nasal or Nasopharyngeal swab test.
- 2- I authorize my test results to be disclosed to the county, state, and/or to any other government entity as may be required by law.
- 3- I acknowledge that a positive test result is an indication that I must self-isolate to avoid infecting others.
- 4- I have been informed about the test purpose, procedures, possible effects and risks.
- 5- I voluntarily agree to be tested for COVID-19

Name of person completing form _____

Patient/Guardian Signature: _____ Relationship: _____ Date: _____

PRUEBAS COMUNITARIAS DE COVID-19

COMPLETAR EN LETRA DE MOLDE

SI TIENE SEGURO, POR FAVOR PROPORCIONE LA INFORMACIÓN.

SI NO TIENE SEGURO INDIQUE EL PAGO POR SU CUENTA.

NO HAY GASTOS DE BOLSILLO PARA USTED.

PRUEBAS SEMANALES PROCEDIMIENTO VIAJE COMUNIDAD CITA

Nombre _____ FDN _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____ N.º SS _____

Idioma Inglés Español Otro _____ Raza _____

Sexo Masculino Femenino Estado civil Casado(a) Divorciado(a) Soltero(a)
 Viudo(a) No se sabe

Seguro Privado Nombre _____

Atención de caridad Medicare Pago por cuenta propia Empleado de St. Joseph's

ID del seguro _____

Dirección de correo electrónico: _____@_____.COM

(Recibirá un correo electrónico para iniciar sesión en el Portal del paciente. Podrá ver sus resultados tan pronto como estén listos: un correo electrónico por paciente)

Nombre del contacto de emergencia: _____

Relación Cónyuge Otro _____ Teléfono _____

- =====
- | | | |
|---|---|---|
| • 1.º prueba de COVID-19 <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | • Residente de hogar grupal <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | • Síntomas de COVID-19 menos de 5 días
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
| • Expuesto a COVID-19 <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | • Embarazada <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N/C | • Síntomas de COVID-19 según CDC
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO fiebre, tos, falta de aire, |
| • Empleado de salud
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | • Pac. pre-quirúrgico <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | pérdida del gusto u olfato, dolor de |
| • Hospitalizado por COVID-19
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | • Resultado positivo <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | garganta, náuseas, vómitos, etc. |
- =====

Consentimiento informado para pruebas de COVID-19

Lea atentamente el siguiente consentimiento informado:

- 1- Doy mi consentimiento para realizar una PCR de COVID-19 mediante una prueba nasal o de cultivo nasofaríngeo.
- 2- Autorizo que los resultados de mi prueba se divulguen al condado, al estado o a cualquier otra entidad gubernamental según lo requiera la ley.
- 3- Reconozco que el resultado positivo de la prueba es una indicación de que debo autoaislarme para evitar infectar a otros.
- 4- Se me ha informado sobre el propósito, los procedimientos, los posibles efectos y los riesgos de la prueba.
- 5- Acepto voluntariamente hacerme la prueba de COVID-19

Nombre de la persona que completa el formulario _____

Firma del paciente/tutor: _____ Relación: _____ Fecha: _____