

Información del paciente			
Nombre del paciente (Apellido) (Nombre) (Inicial segundo nombre)		Fecha de nacimiento:	Número de Seguro Social:
Dirección del paciente (calle): (ciudad): (estado): (código postal):		Condado:	Número de teléfono del paciente:
Correo electrónico de contacto:		Sexo del paciente: (marque uno con un círculo) Masculino o Femenino	
Raza del paciente: <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Indio Americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico		<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco	Etnia del paciente <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano o latino
Tipo de paciente: <input type="checkbox"/> Miembro del hogar Nombre de la persona en la escuela:		<input type="checkbox"/> Maestro u otro personal <input type="checkbox"/> Estudiante	Escuela:
Preguntas de ingreso			
¿Es esta su primera prueba? S o N o No sé		¿Está sintomático según lo definido por los CDC? S o N o No sé En caso afirmativo, fecha de inicio: _____	
¿Empleado del cuidado de la salud? S o N o No sé		¿Está embarazada? S o N o No sé	
¿El paciente fue hospitalizado debido a su condición? S o N o No sé		¿El paciente ingresó a la UCI por una afección de interés? S o N o No sé	
¿Residente en un entorno de cuidado colectivo (incluidos hogares de cuidado de enfermería, cuidado residencial, instalaciones de tratamiento psiquiátrico, hogares grupales, hogares de pensión y cuidado, refugio para personas sin hogar, cuidado de crianza temporal u otro entorno)? S o N o No sé			

Consentimiento para hacerse la prueba de COVID-19:

He entregado mi formulario de consentimiento.

Para ser completado por la persona que realiza la recolección de muestras:			
Pruebas de laboratorio: <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 (COVID-19) NAA (RT-PCR)		Código de diagnóstico: <input type="checkbox"/> Z20.828	
<input type="checkbox"/> Prueba rápida de antígeno SARS-CoV-2			
Lugar de recolección: <input type="checkbox"/> Saliva <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Nasal			
Fecha de recolección:	Hora de recolección:	Iniciales del recolector:	
Firma del proveedor, recolector o funcionario de salud: _____			Fecha: _____