



| 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"/> Negro o afroamericano <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 | | <input type="checkbox"/> Maestro u otro personal <input type="checkbox"/> Estudiante | Escuela: |
| Nombre de la persona en la 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"/> Z20.822 | |
| <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: _____ | | |