

FORMULARIO DE PRUEBA COVID-19

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

DIRECCIÓN DE LA CALLE: _____ (Ciudad) _____ (Estado) _____

(Código postal) _____

DIRECCIÓN DE CORREO: _____ (Ciudad) _____ (Estado) _____

(Código postal) _____

Teléfono móvil: (____) ____ - _____

Fecha de nacimiento (Mes / Día / Año): ____ / ____ / ____ Edad: _____ Sexo: _____

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO / LIBERACIÓN DE HIPAA

Doy mi consentimiento para el tratamiento determinado por el proveedor si es necesario. Autorizo la divulgación de información si es necesario para la continuación del cuidado, para el costo de facturación del seguro y para intentos de cobro. También estoy de acuerdo y entiendo que, como destinatario de la atención en este evento de prueba, si no estoy utilizando el sistema de cupones, soy financieramente responsable de los gastos incurridos por el tratamiento recibido.

Firma: _____ Fecha: _____

Esta prueba se realiza como un servicio a la gente del condado de Teton. Esta prueba no establece una relación médico-paciente. Si necesita un examen o tratamiento, deberá registrarse con Emerg + A + Care o con cualquier otro proveedor de su elección.

1. ¿Tiene Blue Cross Blue Shield of Wyoming, First Choice of the Midwest (busque el logotipo en su tarjeta), Medicaid de Wyoming, Medicare?

Si
 No

Personas aseguradas solamente:

Nombre en la tarjeta del seguro: _____

Fecha de nacimiento: _____

Número de seguro en su tarjeta: _____

También tomaremos una foto de su tarjeta de seguro en el evento.

LLENADO POR TODOS LOS QUE QUIERAN SER PROBADOS:

2. ¿Eres sintomático? Si no, pase a la pregunta número 6.

Si
 No

3. Síntomas: (marque todo lo que corresponda)

Fiebre > 100.4

Tos

Sentirse afiebrado

Dificultad para respirar

Dolores musculares

- Dolor de garganta
- Nariz que moquea
- Náuseas o vómito
- Dolor de cabeza

- Dolor abdominal
- Diarrea
- Asintomático
- Otros (especificar: _____)

4. (Si es sintomático) ¿Cuándo comenzaron los síntomas?: _____

5. ¿Tienes otra razón para sentirte mal?

- Si, sí, ¿cuál es el diagnóstico de su enfermedad? _____
- No

6. En los últimos 14 días, ¿viajó?

- Si si, donde? _____ cuando? _____
- No

7. ¿Es usted un trabajador de la salud que brinda atención directa al paciente?

- Si
- No

8. ¿Tuvo contacto cercano con un caso confirmado por laboratorio de COVID-19 en los últimos 14 días?

- Si
- No

9. ¿Ha tenido contacto cercano continuo con personas de 65 años o mayores o con riesgos de salud subyacentes (diabetes, enfermedades cardíacas, enfermedades pulmonares, inmunocomprometidos), es usted un cuidador?

- Si
- No

10. Mencione cualquier médica preexistente:

SOLO PARA USO DEL PERSONAL / Información del remitente:

Ordering Provider: Brent Blue, MD

Submitter Name (please list your facility/clinic name): Emerg-a-care

Submitter Address: (Street/City/State/Zip): 455 E. Broadway Jackson, WY 83001

Submitter Telephone Number: (307)733-8002

Submitter Fax Number: (307)733-0032

Specimen Collection Date: 5/28/2020

Specimen type:

- Nasopharyngeal Swab (required)

Test Requested:

- COVID-19

LAB TO BE SENT TO:

- **WYOMING PUBLIC HEALTH LABORATORY**
- **LABCORP**