

Por favor seleccione el círculo correspondiente

Por favor selecciona el círculo correspondiente

**Coloque el
Código
Barras**
 Nuevo Existente Estudiante Facultad Amigos/Familia

INFORMACIÓN DEL PACIENTE				Proveedor (Complete únicamente 1a línea, al menos que la cuenta HCP se		
NOMBRE Y APELLIDO		ID ESTUDIANTE / ID FACULTAD		NOMBRE COMPLETO DEL MÉDICO		#ID PROVEEDOR NACIONAL
				John Iocco		1902840283
GENERO	FECHA NACIMIENTO(MM/DD/YYYY)	RAZA		NOMBRE DE LA CLINICA		CUENTA PREDICINE HCP
<input type="radio"/> FEMENINO <input type="radio"/> MASCULINO				West Contra Costa Unified School District		
DIRECCIÓN				TELEFONO	FAX	EMAIL
				510-231-1195		
PAIS	CIUDAD	ESTADO	CP	DIRECCION		
TELEFONO				CIUDAD	ESTADO	CP
				Richmond	CA	94801

PRUEBA SOLICITADA

 Coronavirus SARS-CoV-2 [COVID-19] por RT/PCR

1. Complete el registro de manera legible con toda la información solicitada. **(La información resaltada es requerida)**
2. Use el hisopo provisto en el kit de prueba para recolectar la muestra nasal
3. Etiquete la muestra y el formulario de solicitud con los códigos de barras **(Confirme que los códigos de barras sean idénticos)**
4. Envíe tanto la muestra etiquetada como esta forma de requisición al laboratorio en la misma bolsa de muestra de riesgo biológico

MUESTRA E INFORMACIÓN ACTUAL SOBRE LA ENFERMEDAD

TIPO DE MUESTRA:
 Fosas Nasales

FECHA DE RECOLECCION (MM/DD/YYYY)

FECHA __/__/2021

HORA DE RECOLECCION

HORA__:__AM/PM

DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE E HISTORIAL CLÍNICO

 ¿Es su primera muestra COVID? Si No Desconoce

 ¿El paciente es sintomático? Si No En caso afirmativo, ¿Cuándo empezaron los síntomas? _____(mm)____(dd)
 _____(yy)

FIRMA AUTORIZADA

Por la presente autorizo las pruebas y confirmo que se ha obtenido el consentimiento informado si así lo requiere la ley estatal. Para los montos recibidos directamente, el paciente acepta remitir el pago a Predicine por los servicios prestados. Por la presente, doy fe de que la persona que figura en el espacio de médico mencionado arriba está autorizado por la Ley en la jurisdicción para ordenar las pruebas solicitadas en este documento. Para los estudiantes menores de 18 años antes de realizarles la prueba, la escuela proporcionará un consentimiento firmado para el formulario de prueba de SARS-COV-2 el cual deberá ser firmado por un padre o tutor y permanecer en el archivo hasta la edad de 18 años

NOMBRE EN MAYUSCULAS

MIEMBRO FACULTAD