

SOLICITUD DE ANÁLISIS DE LABORATORIO PARA ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Por favor, marque el círculo correspondiente en cada categoría:

Nuevo Existente Estudiante Docente
 Amigo/Familiar Otro

[**CÓDIGO DE BARRAS**]

RESULTADO DE LA PRUEBA RÁPIDA: [- Neg. / + Pos.]

Información del paciente <small>*OBLIGATORIO</small>		
*Nombre (Nombres, apellido)	*Fecha de nacimiento	*Teléfono celular
*DIRECCIÓN	*CIUDAD, ESTADO, CÓD. POSTAL	*Correo electrónico
<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Prefiero no decirlo <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroam. <input type="checkbox"/> Indígena Am./Alaska <input type="checkbox"/> No hispano/Latino <input type="checkbox"/> Otro		*GÉNERO <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> Binario
*ETNIA <input type="checkbox"/> Asiático / Isl. del Pac. <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Desconoce <input type="checkbox"/> Declinar		
ASEGURADOS <small>*OBLIGATORIO * Si no tiene seguro, pase a la siguiente sección.</small>		
*Nombre de la compañía de seguros	*No. de póliza/asegurado	Relación con el asegurado <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Titular
*Nombre del asegurado	*Fecha de nacimiento del asegurado	Plan <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> PPO

NO ASEGURADOS	DECLARACIÓN: Doy fe y confirmo que actualmente no tengo seguro <input type="checkbox"/>
*No. de licencia de conducir / Id. estatal / Seguro Social →	
*Firma del paciente	*Fecha

SIGNOS Y SÍNTOMAS				
<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Escalofríos	<input type="checkbox"/> Pérdida gusto/olfato	<input type="checkbox"/> Dolor muscular/cuerpo	<input type="checkbox"/> Confusión
<input type="checkbox"/> Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Dolor de garganta	<input type="checkbox"/> Náuseas / vómito	<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/> Fatiga (cansancio)
<input type="checkbox"/> Fiebre (>100.4° F)	<input type="checkbox"/> Palidez	<input type="checkbox"/> Tos	<input type="checkbox"/> Dificultad respirar	<input type="checkbox"/> No duerme/no despierta

INFORMACIÓN DE LA CLÍNICA/CENTRO DE ANÁLISIS	
Nombre y dirección del centro de análisis	Temp. de almacenamiento Ambiente <input type="checkbox"/>
Origen de la Muestra (OM) <input type="checkbox"/> Nasal anterior (NA) <input type="checkbox"/> Saliva <input type="checkbox"/> Hisopado orofaríngeo (OF)	Fecha de recolección:
	Hora de recolección:
	Diagnostico/ CIE:

He leído y comprendido la información presente en el Cuestionario de Despistaje, reconozco y confirmo su veracidad y precisión. Entiendo que el propósito de este cuestionario de autoevaluación de salud es ayudarme a tomar decisiones para buscar atención médica adecuada. Al responder el cuestionario, reconozco que se trata solo de una herramienta informativa y no debe ser considerado como consejo médico, diagnóstico o tratamiento. Esto solo puede ser indicado por un profesional de la salud licenciado. Autorizo la divulgación de mi información médica (PHI, por sus siglas en inglés) para que un profesional de salud pueda acceder a las respuestas de mi cuestionario de despistaje.

*Firma del paciente / padre / tutor	*Fecha
-------------------------------------	--------

AUTORIZACIÓN	
Por medio de la presente autorizo y expreso mi deseo de que Predicine, Inc. reciba el pago de esta factura por parte de mi seguro médico. Al asignar este beneficio, sé que soy responsable del pago completo, copago, coseguro o deducibles. Si el seguro me paga por los servicios, enviaré los cheques a Predicine, Inc.. Autorizo que se divulgue la información médica necesaria para procesar el reclamo y para representarme al solicitar documentos o una apelación.	
*Firma del paciente / padre / tutor	*Fecha

(Continuación del consentimiento) Paciente o apoderado del paciente actualmente reside en:

<input type="checkbox"/> Residencia privada	<input type="checkbox"/> Sin hogar	<input type="checkbox"/> Centro de detención	<input type="checkbox"/> Residencia geriátrica / Centro atención médica a largo plazo
<input type="checkbox"/> Residencia estudiantil	<input type="checkbox"/> Base militar	<input type="checkbox"/> Atención residencial/vivienda asistida	<input type="checkbox"/> Otro:
EMPLEO:	<input type="checkbox"/> Personal de salud	<input type="checkbox"/> Maestro	<input type="checkbox"/> Otros (Esenciales):
	<input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Socorrista (Bomberos, Policía, Paramédicos)	

Si cree que tiene una emergencia médica, llame de inmediato a su médico o al 911, o acuda a la sala de emergencias.

El Cuestionario de Despistaje de la COVID-19 se basa en las directrices actuales para la gestión del riesgo por exposición publicadas por el Centro para el Control de Enfermedades y las Agencias de Salud Pública. El cuestionario de despistaje busca identificar a las personas que pueden haber tenido un riesgo medio a alto de exposición al virus de la COVID-19. Por lo tanto, se insta a todos los pacientes a seguir las directrices nacionales publicadas en [cdc.gov/coronavirus](https://www.cdc.gov/coronavirus) y las recomendaciones del departamento de salud del condado.