

CUESTIONARIO DE PRUEBA DE COVID-19

TODA LA INFORMACIÓN EN ESTE FORMULARIO ES CONFIDENCIAL

¿Por qué está solicitando una prueba hoy? _____

Nombre: _____
Apellido(s) Nombre

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo asignado al nacer: Masculino Femenino

Tel: _____
(xxx) xxx-xxx

Dirección postal: _____
Calle o PO BOX Ciudad, Estado Código postal

¿Cómo le gustaría recibir sus resultados? Correo (3-5 días) Espera en el sitio

¿Es usted un trabajador de salud? Sí No ¿Trabaja o viva usted en un grupo congregado? Sí No

¿Es usted un miembro tribal? Sí No ¿Está usted embarazada o en posparto? Sí No

¿Se ha hecho usted la prueba de COVID en los últimos 365 días? Sí No

Síntomas: No tengo síntomas

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tos | <input type="checkbox"/> Fatiga | <input type="checkbox"/> Sensación de fiebre | <input type="checkbox"/> Dolor muscular |
| <input type="checkbox"/> Fiebre $\geq 100.3F$ | <input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza | <input type="checkbox"/> Escalofríos | <input type="checkbox"/> Pérdida del sentido del gusto |
| <input type="checkbox"/> Falta de aire | <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar | <input type="checkbox"/> Pérdida del sentido del olfato |
| <input type="checkbox"/> Náuseas | <input type="checkbox"/> Vómito | <input type="checkbox"/> Dolor de garganta | <input type="checkbox"/> Congestión nasal |

Fecha en que comenzaron los síntomas: _____ Desconocido Secreción nasal

Estatus de Vacunación: Completamente vacunado Vacunado en parte (1 dosis de la Moderna/Pfizer)
 No vacunado

Si está completamente vacunado, ¿han pasado al menos 14 días desde su última vacunación? Si No

Al firmar este formulario de consentimiento reconozco que:

- Doy mi consentimiento para recibir una prueba de COVID-19
- Si la persona que recibe la prueba es un menor, tengo la autoridad legal para dar su consentimiento en nombre del niño /menor.
- Autorizo dejar mis resultados en un mensaje de voz al número que escribí arriba: Sí _____ No _____
iniciales iniciales

Firma Fecha

Nombre con letra de molde de la persona que firmó anteriormente Relación con el paciente Fecha de nacimiento

SOLO PARA USO EN LA OFICINA

Test Type: ID NOW PCR	ABBOTT RAPID ANTIGEN	Result: POSTIVE NEGATIVE	Contacted: Call: ___/___ Email: ___/___ Mail: ___/___ On-site: ___/___ INITIALS INITIALS INITIALS INITIALS
-----------------------------	-------------------------	-----------------------------	--