

Formulario del examen de COVID-19 (Llenar por completo)

Ayúdanos a encontrarte:

El mejor número para llamarte mientras estás en el coche: _____

Color y marca del coche: _____

Nombre: _____ Fecha: _____

¿Te han visto en una oficina de HAPPI en los últimos 3 años? _____ SI _____ No SSN: _____

Dirrección: _____

Seguro Medico: _____ (favor de tener su seguro y identificacion listo)

Fecha de nacimiento: _____ Correo electronico/ Fax: _____

Numero de telefono por texto resultados: _____

Por favor dé su más reciente : Altura: _____ Peso: _____

_____ Si _____ No Temperatura > 100.4 _____ Temperatura registrada (hecho por el personal)

_____ Si _____ No ¿Ha tenido contacto * con una persona con un caso confirmado de COVID-19?

_____ Si _____ No ¿Ha tenido contacto * con una persona con un caso sospechoso de COVID-19?

*** El contacto se define como una separación de menos de 6 pies durante más de 15 minutos sin el equipo de protección personal adecuado.**

_____ Si _____ No ¿Has tenido fiebre en los últimos 14 días?

_____ Si _____ No ¿Ha tenido una tos seca fuerte o una tos productiva en los últimos 14 días?

_____ Si _____ No ¿Ha tenido dificultad para respirar o falta de aliento en los últimos 14 días?

_____ Si _____ No ¿Ha tenido escalofríos o temblores repetidos en los últimos 14 días?

_____ Si _____ No ¿Ha tenido un nuevo dolor muscular inexplicable en los últimos 14 días?

_____ Si _____ No ¿Ha tenido dolor de cabeza nuevo o atípico en los últimos 14 días?

_____ Si _____ No ¿Ha tenido náuseas, vómitos o diarrea en los últimos 14 días?

_____ Si _____ No ¿Ha tenido dolor de garganta en los últimos 14 días?

_____ Si _____ No ¿Le han hecho la prueba COVID-19 en las últimas 2 semanas?

_____ Si _____ No ¿Ha tenido una pérdida repentina reciente de sabor o olor?

Rapid:

Flu:

Sendout:

¿Quién vive en tu casa? (relación)? _____

Lista de los medicamentos _____

Lista de los problemas médicos: _____

¿Es alérgico a algún medicamento?: _____ No _____ Si Firma: _____

La firma es el consentimiento para la publicación de los resultados de las pruebas COVID a la escuela y/o al empleador como se mencionó anteriormente, para recibir notificaciones de HAPPI incluyendo texto si se señala anteriormente y consentimiento general para el tratamiento. Solicite un formulario de consentimiento completo para cualquier aclaración, incluidos sus derechos de la HIPAA

1 PATIENT INFORMATION **2 PROVIDER INFORMATION**

1st Name / First Name / M.I. _____
Address / APT# _____
City / State / Zip / County _____
Phone # _____ Email _____
DOB _____ SSN _____
Insurance _____ Subscriber ID _____
Bill to: Insurance Facility Uninsured

HAPP Health
Client Name / Account # _____
Address / APT# **807 Franklin St. SE**
City / State / Zip **Huntsville, AL 35801**
Phone # **256-519-3650** Fax # **256-585-16713**
Ordering Provider **A. Andrews** Collection Date _____
Specimen Collected By _____ Collection Time AM PM
State Collected **Alabama**

3 MEDICAL NECESSITY

As part of my antibiotic stewardship policy, I find it medically necessary to rapidly determine and identify a viral and/or bacterial infection in order to treat with or without appropriate antibiotics. Providing the most accurate and timely data available to me directly guides my treatment and patient management. Empiric treatment and management leads to inappropriate and unnecessary antibiotic use according to the CDC and delayed diagnosis which can lead to severe consequences.

Provider Signature: _____ Verbal Order Standing Order

4 CONSENT FOR TESTING

The information I have provided on this form is accurate. I authorize Assurance Scientific Laboratories to release the results of this test to my treating physician or facility. I hereby authorize my insurance or other payment to Assurance Scientific Laboratories for services I receive. I am aware that Assurance Scientific Laboratories may be an out of network provider with my insurer. I am aware that I am responsible for co-pays and deductibles not covered by insurance or other payers.

Patient Signature: _____ Date: _____

PANEL LIST: Please check appropriate panels that address your patients needs. Tests can be ordered individually.

<input type="checkbox"/> COVID-19 Only <input type="checkbox"/> COVID Respiratory Lite <input type="checkbox"/> COVID-19 (Coronavirus) <input type="checkbox"/> Influenza A & B <input type="checkbox"/> Hemophilus influenzae <input type="checkbox"/> Brachella catarrhalis <input type="checkbox"/> Mycoplasma pneumoniae <input type="checkbox"/> Strep. pyogenes (Group A) <input type="checkbox"/> COVID Respiratory <i>(includes all the pathogens in the panel above)</i> <input type="checkbox"/> Parvovirus <input type="checkbox"/> Rotavirus <input type="checkbox"/> Adenovirus <input type="checkbox"/> RSV A & B <input type="checkbox"/> Influenza virus (type 1-4) <input type="checkbox"/> Influenza (types A & B) <input type="checkbox"/> Influenza (types A & B) <input type="checkbox"/> Staphylococcus aureus <input type="checkbox"/> Streptococcus pneumoniae <input type="checkbox"/> COVID Respiratory Plus <i>(includes all the pathogens in the panel above)</i> <input type="checkbox"/> Acinetobacter baumannii <input type="checkbox"/> Bacteroides fragilis <input type="checkbox"/> Citrobacter braakii/ freundii <input type="checkbox"/> Citrobacter koseri <input type="checkbox"/> Enterobacter cloacae <input type="checkbox"/> Enterococcus spp. <input type="checkbox"/> Escherichia coli <input type="checkbox"/> Klebsiella aerogenes <input type="checkbox"/> K. oxytoca/michiganensis <input type="checkbox"/> Klebsiella pneumoniae <input type="checkbox"/> Morganella morganii <input type="checkbox"/> Proteus mirabilis <input type="checkbox"/> Pseudomonas aeruginosa <input type="checkbox"/> Serratia marcescens <input type="checkbox"/> Staphylococcus aureus <input type="checkbox"/> Staphylococcus epidermidis <input type="checkbox"/> Staphylococcus saprophyticus <input type="checkbox"/> Strep. pyogenes (Group A) <input type="checkbox"/> ABX Resistance Markers <input type="checkbox"/> β -lactamase (blaKPC) <input type="checkbox"/> β -lactamase (CTX-M-Group 1) <input type="checkbox"/> metallo- β -lactamase (blaNDM) <input type="checkbox"/> Fluoroquinolones <input type="checkbox"/> Methicillin/Oxacillin (mecA) <input type="checkbox"/> Sulfonamides <input type="checkbox"/> Trimethoprim <input type="checkbox"/> Vancomycin (vanA, vanB) <input type="checkbox"/> UTI Plus <i>(includes all the pathogens in the panel above)</i> <input type="checkbox"/> Candida albicans <input type="checkbox"/> Candida dubliniensis <input type="checkbox"/> Candida glabrata <input type="checkbox"/> Candida krusei <input type="checkbox"/> Candida parapsilosis <input type="checkbox"/> Candida tropicalis <input type="checkbox"/> Mycoplasma genitalium <input type="checkbox"/> Mycoplasma hominis <input type="checkbox"/> Prevotella bivia <input type="checkbox"/> Strep. agalactiae (Group B) <input type="checkbox"/> Ureaplasma urealyticum <input type="checkbox"/> ICD 10 CODES <input type="checkbox"/> R35.0 Frequency of Micturition <input type="checkbox"/> Z22.39 Carrier of other specified bacterial disease <input type="checkbox"/> N39.0 Urinary Tract Infection, site not specified <input type="checkbox"/> R30.0 Dysuria <input type="checkbox"/> Other: <input type="checkbox"/> Clean catch urine <input type="checkbox"/> Urethral swab <input type="checkbox"/> Other: <input type="checkbox"/> Culture ID with Reflexive Antimicrobial Susceptibility Testing <i>*AST is not available for Vaginitis or STI</i>	<input type="checkbox"/> UTI w/ ABX Resistance <input type="checkbox"/> Acinetobacter baumannii <input type="checkbox"/> Bacteroides fragilis <input type="checkbox"/> Citrobacter braakii/ freundii <input type="checkbox"/> Citrobacter koseri <input type="checkbox"/> Enterobacter cloacae <input type="checkbox"/> Enterococcus spp. <input type="checkbox"/> Escherichia coli <input type="checkbox"/> Klebsiella aerogenes <input type="checkbox"/> K. oxytoca/michiganensis <input type="checkbox"/> Klebsiella pneumoniae <input type="checkbox"/> Morganella morganii <input type="checkbox"/> Proteus mirabilis <input type="checkbox"/> Pseudomonas aeruginosa <input type="checkbox"/> Serratia marcescens <input type="checkbox"/> Staphylococcus aureus <input type="checkbox"/> Staphylococcus epidermidis <input type="checkbox"/> Staphylococcus saprophyticus <input type="checkbox"/> Strep. pyogenes (Group A) <input type="checkbox"/> ABX Resistance Markers <input type="checkbox"/> β -lactamase (blaKPC) <input type="checkbox"/> β -lactamase (CTX-M-Group 1) <input type="checkbox"/> metallo- β -lactamase (blaNDM) <input type="checkbox"/> Fluoroquinolones <input type="checkbox"/> Methicillin/Oxacillin (mecA) <input type="checkbox"/> Sulfonamides <input type="checkbox"/> Trimethoprim <input type="checkbox"/> Vancomycin (vanA, vanB) <input type="checkbox"/> ICD 10 CODES <input type="checkbox"/> L08.9 Local infection of the skin and subcutaneous tissue, unspecified <input type="checkbox"/> Z22.39 Carrier of other specified bacterial diseases <input type="checkbox"/> Z22.322 Carrier or suspected carrier of MRSA <input type="checkbox"/> Swab <input type="checkbox"/> Aspiration <input type="checkbox"/> Other:	<input type="checkbox"/> Wound/Infection w/ ABX Resistance <input type="checkbox"/> Acinetobacter baumannii <input type="checkbox"/> Bacteroides fragilis <input type="checkbox"/> Citrobacter braakii/ freundii <input type="checkbox"/> Citrobacter koseri <input type="checkbox"/> Enterobacter cloacae <input type="checkbox"/> Enterococcus spp. <input type="checkbox"/> Escherichia coli <input type="checkbox"/> Klebsiella aerogenes <input type="checkbox"/> K. oxytoca/michiganensis <input type="checkbox"/> Klebsiella pneumoniae <input type="checkbox"/> Morganella morganii <input type="checkbox"/> Proteus mirabilis <input type="checkbox"/> Pseudomonas aeruginosa <input type="checkbox"/> Serratia marcescens <input type="checkbox"/> Staphylococcus aureus <input type="checkbox"/> Staphylococcus epidermidis <input type="checkbox"/> Staphylococcus saprophyticus <input type="checkbox"/> Strep. pyogenes (Group A) <input type="checkbox"/> ABX Resistance Markers <input type="checkbox"/> β -lactamase (blaKPC) <input type="checkbox"/> β -lactamase (CTX-M-Group 1) <input type="checkbox"/> metallo- β -lactamase (blaNDM) <input type="checkbox"/> Fluoroquinolones <input type="checkbox"/> Methicillin/Oxacillin (mecA) <input type="checkbox"/> Sulfonamides <input type="checkbox"/> Trimethoprim <input type="checkbox"/> Vancomycin (vanA, vanB) <input type="checkbox"/> ICD 10 CODES <input type="checkbox"/> L08.9 Local infection of the skin and subcutaneous tissue, unspecified <input type="checkbox"/> Z22.39 Carrier of other specified bacterial diseases <input type="checkbox"/> Z22.322 Carrier or suspected carrier of MRSA <input type="checkbox"/> Swab <input type="checkbox"/> Aspiration <input type="checkbox"/> Other:	<input type="checkbox"/> Vaginitis <input type="checkbox"/> Atopobium vaginae <input type="checkbox"/> Bacteroides fragilis <input type="checkbox"/> BVAB-2 <input type="checkbox"/> Candida albicans <input type="checkbox"/> Candida dubliniensis <input type="checkbox"/> Candida glabrata <input type="checkbox"/> Candida krusei <input type="checkbox"/> Candida lusitanae <input type="checkbox"/> Candida parapsilosis <input type="checkbox"/> Candida tropicalis <input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis <input type="checkbox"/> Enterococcus spp. <input type="checkbox"/> Escherichia coli <input type="checkbox"/> Gardnerella vaginalis <input type="checkbox"/> Haemophilus ducreyi <input type="checkbox"/> HHV-1 & 2 (Herpes Simplex) <input type="checkbox"/> Lactobacillus crispatus <input type="checkbox"/> Lactobacillus gasseri <input type="checkbox"/> Lactobacillus iners <input type="checkbox"/> Lactobacillus jensenii <input type="checkbox"/> Megaspheera Type 1 & 2 <input type="checkbox"/> Mobiluncus curtisii <input type="checkbox"/> Mobiluncus mulieris <input type="checkbox"/> Mycoplasma genitalium <input type="checkbox"/> Mycoplasma hominis <input type="checkbox"/> Neisseria gonorrhoeae <input type="checkbox"/> Prevotella bivia <input type="checkbox"/> Staphylococcus aureus <input type="checkbox"/> Strep. agalactiae (Group B) <input type="checkbox"/> Treponema pallidum <input type="checkbox"/> Trichomonas vaginalis <input type="checkbox"/> Ureaplasma urealyticum <input type="checkbox"/> ICD 10 CODES <input type="checkbox"/> N76.0 Acute vaginitis <input type="checkbox"/> N77.1 Vaginitis, vulvitis, & vulvovaginitis <input type="checkbox"/> B37.3 Candidiasis of vulva & vagina <input type="checkbox"/> Z30.9 Encounter for contraceptive management <input type="checkbox"/> Swab <input type="checkbox"/> Vaginal Swab	<input type="checkbox"/> STI <input type="checkbox"/> Atopobium vaginae <input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis <input type="checkbox"/> Gardnerella vaginalis <input type="checkbox"/> Haemophilus ducreyi <input type="checkbox"/> HHV-1 & 2 (Herpes Simplex) <input type="checkbox"/> Niesseria gonorrhoeae <input type="checkbox"/> Treponema pallidum <input type="checkbox"/> Trichomonas vaginalis <input type="checkbox"/> ICD 10 CODES <input type="checkbox"/> N76.0 Acute vaginitis <input type="checkbox"/> N89.8 Other specified noninflammatory disorders of vagina <input type="checkbox"/> R36.9 Urethral discharge unspecified <input type="checkbox"/> Z30.9 Encounter for contraceptive management <input type="checkbox"/> Swab <input type="checkbox"/> Gastrointestinal <input type="checkbox"/> Adenovirus <input type="checkbox"/> Astrovirus <input type="checkbox"/> Campylobacter coli/jejuni/lari <input type="checkbox"/> Clostridium difficile <input type="checkbox"/> E. coli (VTEC, O157) <input type="checkbox"/> Norovirus (GI/GII) <input type="checkbox"/> Rotavirus <input type="checkbox"/> Salmonella spp. <input type="checkbox"/> Sapovirus <input type="checkbox"/> Shigella spp. <input type="checkbox"/> Yersinia enterocolitica <input type="checkbox"/> ICD 10 CODES <input type="checkbox"/> R19.7 Diarrhea, unspecified <input type="checkbox"/> Rectal Swab <input type="checkbox"/> Stool Specimen Swab <input type="checkbox"/> Other:	<input type="checkbox"/> Candida <input type="checkbox"/> Candida albicans <input type="checkbox"/> Candida dubliniensis <input type="checkbox"/> Candida glabrata <input type="checkbox"/> Candida krusei <input type="checkbox"/> Candida lusitanae <input type="checkbox"/> Candida parapsilosis <input type="checkbox"/> Candida tropicalis <input type="checkbox"/> ICD 10 CODES <input type="checkbox"/> N76.0 Acute vaginitis <input type="checkbox"/> N89.8 Other specified noninflammatory disorders of vagina <input type="checkbox"/> SPECIMEN SOURCE: <input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Swab <input type="checkbox"/> CMV Cytomegalovirus <input type="checkbox"/> ICD 10 CODES <input type="checkbox"/> B34.9 Viral infection, unspecified <input type="checkbox"/> SPECIMEN SOURCE: <input type="checkbox"/> Urine <input type="checkbox"/> Swab <input type="checkbox"/> Antibiotic Resistance <input type="checkbox"/> β -lactamase (blaKPC) <input type="checkbox"/> β -lactamase (CTX-M-Group 1) <input type="checkbox"/> metallo- β -lactamase (blaNDM) <input type="checkbox"/> Fluoroquinolones <input type="checkbox"/> Methicillin/Oxacillin (mecA) <input type="checkbox"/> Sulfonamides <input type="checkbox"/> Trimethoprim <input type="checkbox"/> Vancomycin (vanA, vanB) <input type="checkbox"/> ICD 10 CODES <input type="checkbox"/> Z22.322 Carrier or suspected carrier of MRSA <input type="checkbox"/> Z16.19 Resistance to other specified Beta Lactam antibiotics <input type="checkbox"/> Swab
---	--	--	--	--	--

PLEASE INDICATE IF YOUR PATIENT HAS TAKEN ANTIBIOTICS IN THE PAST 72 HOURS: YES NO

2868 Acton Road, Suite 207, Birmingham, AL 35243 | Tel: 855.619.4459 | Fax: 205.796.6151 | Email: info@assurance-sc.com

alt user - pay patient, please run COVID-19 only, not COVID respiratory Lite.