

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: _____

SSN: _____ Email: _____

Email por resultados (use el enlace enviado por correo electrónico para configurar el portal para recibir resultados)

Dirrección: _____

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

Fecha de nacimiento: _____ Correo electronico/ Fax: _____

Temp: _____ 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/ sospechoso de COVID? | |
| _____ 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 | ¿_Ha recibido vacunas COVID _____1 dosis _____2 dosis? | |
| _____ 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