

# COVID Mobile Testing

## TODOS Los Pacientes Completar La Sección 1

SECCION 1

SECCION 1

Fecha: \_\_\_\_\_ Lugar de Prueba: \_\_\_\_\_

- Doy mi consentimiento para que me realicen la prueba del COVID  
 Doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto sobre mi atención médica (incluyendo resultados)

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Nombre de Preferencia: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Firma del

Móvil / Celular #: \_\_\_\_\_ Paciente: \_\_\_\_\_

Nombre del Pariente/Guardián: \_\_\_\_\_ Firma del Pariente/Guardián: \_\_\_\_\_

Está teniendo algún sintoma?  si  no

Tiene usted Medicare o el Plan de Medicare Advantage?  si  no

Si la respuesta es si, por favor escriba su ID de Medicare \_\_\_\_\_

*Entiendo que puedo revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad de CHC en: <https://www.chc1.com/privacy-statement/>*

## Información De Pacientes Nuevos: SOLO Pacientes Nuevos Completar Las Secciones 2 & 3

SECCION 2

SECCION 2

Sexo  Masculino  Femenino  Otro

Raza  Negro u Afro-Americano  
 Indio Americano o Nativo de Alaska  
 Asiático  
 Blanco  
 Nativo de Hawaii u Otras Islas del Pacífico  
 Declinar  
 No Específico  
 Otro \_\_\_\_\_

Etnia  Hispano o Latino  
 No Hispano o Latino  
 Declinar  
 No Específico  
 Otro \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono Residencial #: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

## Información Del Pariente / Guardián

SECCION 3

SECTION 3

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Móvil / Celular #: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección igual a la anterior

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_