

FORMULARIO PARA EL PACIENTE DE PRUEBA DE PUNTO DE ATENCIÓN COVID-19 DE SALUD PÚBLICA DEL CONDADO DE SKAGIT

Auto-Servicio de Sitio de Pruebas del Condado de Skagit
501 Taylor Street, Mount Vernon WA 98273
CLIA ID D2203146 Proveedor Encargado: Howard Leibrand, MD
Dirección del Proveedor: 700 S 2nd Street, #301, Mount Vernon WA 98273
Condado de Skagit Teléfono: 360-416-1500

PATIENT ID: _____
TIME OF TEST: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

APELLIDO: _____ **PRIMER NOMBRE:** _____

TELÉFONO PARA RECIBIR TEXTO O LLAMAR: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ **EDAD EN AÑOS:** _____ (**<18 AÑOS**)

SEXO - CÍRCULO UNO: **MUJER** **HOMBRE** **OTRO**

EMBARAZADA: _____ **NO** _____ **SÍ** **POSPARTO:** _____ **NO** _____ **SÍ**

DIRECCION: _____

CIUDAD: _____ **ESTADO:** _____ **CODIGO:** _____ **CONDADO:** _____

RAZA – MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN:

_____ **DESCONOCIDO** _____ **INDIO AMERICANO O ALASKA NATIVO** _____ **ASIÁTICO**
_____ **NEGRO O AFROAMERICANO** _____ **ISLA HAWAIANO O PACÍFICO NATIVO**
_____ **CAUCÁSICO** _____ **OTRA RAZA:** _____

ETNICIDAD:

_____ **HISPANO O LATINO** _____ **NO HISPANO O LATINO** _____ **DESCONOCIDO**

¿SÍNTOMAS DE COVID-19 EN EL MOMENTO DE LA PRUEBA? _____ **SÍ** _____ **NO**

¿DESEA RECOGER UNA COPIA DEL RESULTADO DE LA OFICINA DE SALUD PÚBLICA? _____ **SÍ**

CONSENTIMIENTO DEL PADRE O TUTOR PARA PRUEBAS DE PACIENTES <18 AÑOS

NOMBRE DEL PADRE / TUTOR: _____

RELACION AL PACIENTE: _____

TELÉFONO PARA RECIBIR TEXTO O LLAMAR: _____

STAFF SIGNATURE: _____ **DATE:** _____

RESULTADO DE LA PRUEBA (PARA USO DE OFICINA SOLAMENTE)

TEST NAME: ABBOT BINAXNOW COVID 19 AG CARD, RAPID ANTIGEN TEST FOR COVID-19

SPECIMEN TYPE: SELF NASAL SWAB **SPECIMEN COLLECTION DATE:** _____

RESULTADO: **POSITIVO / DETECTADO** **NEGATIVO/ NO DETECTADO** **NO CONCLUYENTE/ INCONCLUSIVE**

RESULTS PROVIDED BY _____ **TEXTO** _____ **PHONE CALL** _____ **VOICEMAIL/TIME**