

Sitio de prueba de Skagit County Drive Thru- 150 Cascade Mall Drive, Burlington WA 98233
 CLIENT ID D2203146
 Proveedor de pedidos: Howard Leibrand, MD
 Dirección del proveedor: 700 S 2nd Street, #301, Mount Vernon WA 98273 Skagit County
 Teléfono: 360-416-1500

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE:

 TIEMPO DE PRUEBA:

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE - POR FAVOR, IMPRIMA CLARAMENTE

APELLIDO: _____ **NOMBRE :** _____

TELÉFONO PARA RECIBIR MENSAJES DE TEXTO O LLAMADAS: _____

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

SEXO – CÍRCULO UNO: MUJER HOMBRE OTRO

EMBARAZADA: _____ **NO** _____ **SI** **POSPARTO:** _____ **NO** _____ **YES**

DIRECCIÓN FÍSICA: _____

CIUDAD: _____ **ST:** _____ **ZIP:** _____ **CONDADO:** _____

RAZA – MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA:

| | |
|-----------------------------|---|
| _____ DESCONOCIDO | _____ INDIOAMERICANO O NATIVO DE ALASKA |
| _____ NEGRO O AFROAMERICANO | _____ NATIVO HAWAIANO O ISLEÑO DEL PACÍFICO |
| _____ CAUCÁSICO | _____ ASIÁTICO |
| | _____ OTRA RAZA : _____ |

ORIGEN ÉTNICO:

_____ 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 DE LOS PADRES/TUTORES PARA LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS DE MENORES/PACIENTES DE 18 AÑOS

NOMBRE DEL PADRE/TUTOR: _____ **RELACIÓN CON EL PACIENTE:** _____

LLAMADAS TELEFÓNICAS: _____ **FIRMA DEL PERSONAL:** _____ **FECHA:** _____

RESULTADO DE LA PRUEBA (SOLO PARA USO EN OFFICINA)

NOMBRE DE LA PRUEBA: BD Veritor System for Rapid Detection of SARS-CoV-2 & Flu A + B

TIPO DE MUESTRA: HISOPO AUTONASAL **FECHA DE RECOLECCIÓN DE LA MUESTRA:** _____

RESULTADO:

| | | | |
|-------------|--|---|---|
| SARS-CoV-2 | <input type="checkbox"/> POSITIVO/DETECTADO | <input type="checkbox"/> NEGATIVO/ NO DETECTADO | <input type="checkbox"/> NO CONCLUYENTE |
| INFLUENZA A | <input type="checkbox"/> POSITIVO/ DETECTADO | <input type="checkbox"/> NEGATIVO/NO DETECTADO | <input type="checkbox"/> NO CONCLUYENTE |
| INFLUENZA B | <input type="checkbox"/> POSITIVO/DETECTADO | <input type="checkbox"/> NEGATIVO/NO DETECTADO | <input type="checkbox"/> NO CONCLUYENTE |

RESULTADO PROPORCIONADO POR _____ **TEXTO** _____ **LLAMADA** _____ **CORREO DE VOZ/HORA** _____ **EN PERSONA**