

REGISTRACION

I. Información Demográfica

Nombre Completo: Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____
Dirección: Calle _____ Apartamento/Unidad# _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Teléfono: _____ Teléfono Secundario: _____ Fecha de nacimiento: _____
Correo electrónico: _____

Raza:

- Indio Americano/ Nativo de Alaska
 Asiático
 Negro/ Afroamericano
 Nativo de Hawái/ Otros Islas del Pacífico
 Blanco
 Otro
 Prefiero no contestar

Etnicidad:

- Hispano o Latino
 No Hispano o Latino
 Prefiero no contestar

Género:

- Femenino
 Masculino
 Otro (especifique) _____

¿Se considera usted?

- Heterosexual o hétero
 Homosexual
 Bisexual
 Prefiero no contestar

Lenguaje primario:

- Inglés
 Español
 Otra (especifique) _____

Información Acerca de su Seguro Médico: _____

Nombre y Número de Identificación de su Seguro Médico: _____

- Sin seguro médico _____
¿Cuántas personas viven en su casa? _____

II. Síntomas Actuales

¿En este momento tiene usted síntomas de Covid-19?
(seleccione todos los que apliquen)

- No
 Fiebre o Escalofríos Tos
 Respiración corta /Dificultad para respirar
 Dolor muscular /de cuerpo
 Pulmonía
 Bronquitis
 Moquillo nasal
 Pérdida del sabor/olfato
 Dolor de garganta
 Náusea
 Vómito
 Diarrea
 Dolor de pecho
 Dolor abdominal
 Otro (especifique) _____

III. Historial Médico

Solo para mujeres—¿Está embarazada? Sí No

¿Presenta usted los siguientes factores de riesgo? (seleccione todos los que apliquen)

- 65 años o más
 Diabetes
 Asma
 EPOC – Enfermedad Pulmonar
 Obstructiva Crónica
 Antecedentes de Embolia

¿Presenta usted los siguientes factores de riesgo? (seleccione todos los que apliquen) – continuación...

- Antecedentes de Ataque al corazón
- Alta Presión
- Condición cardíaca
- VIH/SIDA
- Enfermedad crónica renal
- Enfermedad de hígado
- Cáncer o Leucemia/Mieloma Múltiple
- Fumador
- Obesidad

¿Se le ha dicho alguna vez que usted tiene Coronavirus-19?

- Sí No Sí sí, ¿cuándo? _____

IV. Concientización

¿Cómo se enteró usted de este programa de pruebas?

- Por el internet
- Por el radio
- Por un volante
- Por otras personas
- Por un proveedor medico

V. Permiso y Firma

Yo certifico que mis respuestas son verdaderas y completas bajo mi conocimiento. Entiendo que se me programara una cita de Telesalud dentro de 5 días para obtener mis resultados.

Firma: _____

Fecha: _____

Escriba su nombre:

Nombre de un contacto en caso de emergencia:

Número telefónico de su contacto en caso de emergencia: _____

Estoy de acuerdo en que los resultados de mi prueba se pueden revelar a mí mismo.

- Sí No

Consentimiento para Servicios Médicos

Doy mi consentimiento para recibir servicios médicos ofrecidos por Aunt Martha's Health Center. Entiendo que puedo revocar mi consentimiento por escrito en cualquier momento. También comprendo que cualquier información con respecto a mi historial o tratamiento médico será confidencial a menos que deba ser revelado bajo las leyes estatales y federales. Doy mi consentimiento para la liberación de mi historial médico a Medicaid, Medicare, compañías de seguros, organizaciones de acreditación y a otros programas de Aunt Martha's.

Firma del Paciente

Fecha

Firma Padre/Madre/Tutor/Representante

Fecha

Firma de Testigo (Personal de Aunt Martha's)

Fecha

