



Grupo/Organización: _____ Ciudad de Laubicación: _____

empleado miembro del grupo familia volver a probar

Formulario de solicitud de prueba de paciente COVID-19

Complete este formulario y proporcione una copia de la tarjeta de seguro **del paciente** y el documento de **identidad** en el momento de **la recogida**.

Información del Paciente: Completado por Paciente o Guardián			
Fecha de recogida de muestras:		Nombre de la Clinician (si corresponde):	
Nombre:		Apellido:	
Dirección:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Condado:
Correo electrónico (Imprimir claramente):			
Número de teléfono:			
Fecha de nacimiento:		Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> macho <input type="checkbox"/> femenino Binary
¿Vive o trabaja el paciente en un entorno de congregación (por ejemplo, centro de atención a largo plazo, refugio, casa de grupo, prisión) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Información clínica del paciente			
Fecha de inicio de los síntomas:			
Síntomas observados: <input type="checkbox"/> Ninguno		¿El paciente tiene alguna condición subyacente?	
fiebre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cansancio <input type="checkbox"/> nariz con nequeo <input type="checkbox"/> tos seca <input type="checkbox"/> pérdida del olfato <input type="checkbox"/> dolor corporal <input type="checkbox"/> diarrea <input type="checkbox"/> la congestión nasal <input type="checkbox"/> Pérdida de apetito		<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Inmunocomprometidos <input type="checkbox"/> Embarazada <input type="checkbox"/> Desconocida <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar Crónica <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> enfermedad hepática crónica <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca <input type="checkbox"/> enfermedad renal crónica <input type="checkbox"/> otros	
PRUEBAS DE LABORATORIO – Completado por el Paciente			
¿Ha recibido el paciente la vacuna contra la gripe? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Ha recibido el paciente la vacuna COVID-19? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
PRUEBAS COVID 19 – Completado por el paciente			
¿Se ha realizado la prueba del paciente para COVID-19? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Resultado: <input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> negativo	

Por la presente reconozco y doy el consentimiento completo y completo para las pruebas y la solicitud:

prueba de hisopo COVID RT-PCR prueba SARS-Cov2 IgG Anticuerpo prueba sars-cov2 Igm Anticuerpo

FUENTE de prueba de hisopo RT-PCR: hisopo anterior nares (fosanasal) hisopo nasofaríngeo (nasal) hisopo orofaríngeo (garganta)

Por la presente reconozco el consentimiento total y completo y hago la solicitud de un SARS-Cov2 qPCR y/o IgG. Soy físicamente capaz de tener este hisopo nasal / extracción de sangre y nunca he tenido una reacción adversa a cualquier servicio de flebotomía. Por la presente solicito y autorizo a PMH Laboratory, Inc. a un subcontratista designado que es una enfermera independiente / agencia de personal de atención médica, no afiliada directamente con PMH Laboratory, Inc., para recoger esta muestra para mí o la persona nombrada anteriormente para quien soy el tutor legal. Por la presente libero PMH Laboratory, Inc. sus directores, directores, miembros, empleados, afiliados, proveedores, subcontratistas, sucesores, agentes, sus respectivas compañías de seguros y la ubicación que patrocina esta clínica/programa, sus directores, directores, empleados, sucesores o agentes de cualquier responsabilidad, lesión o daño que surja de, o de alguna manera relacionado con, este SARS-CoV-2 qPCR y/o IgG Anticuerpo Test o la administración de la misma incluyendo, pero no limitado a, actos de negligencia. Autorizo que mi información médica en este documento, incluidos los resultados de las pruebas, se comparta con mi médico/seguro/empleador/escuela/organización o grupo. PMH Laboratory, Inc. utilizará y divulgará su información personal y de salud para tratarlo, para recibir el pago de la atención que brindamos, a las agencias de salud pública según sea necesario y para nuestras otras operaciones de atención médica que generalmente incluyen esas actividades que realizamos para mejorar la atención de calidad. Hemos preparado un AVISO detallado DE PRIVACIDAD Y PRÁCTICAS DE CONFIDENCIALIDAD para ayudarle a entender mejor nuestras políticas con respecto a su información personal de salud. Reconozco que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad y Confidencialidad. Acepto permanecer en el área general durante al menos 5 minutos después de la recolección de muestras. Proporcione una copia de este formulario a su médico y/o proveedor de atención médica para sus registros médicos. Esta prueba es solo para fines informativos y para ser discutida con su profesional de la salud. PMH Laboratory, Inc., no le proporciona asesoramiento médico ni son responsables de ningún resultado en su atención o tratamiento. Tenga en cuenta que un resultado positivo no significa que sea inmune o no pueda volver a infectarse. Esta prueba fue desarrollada, y sus características de rendimiento determinadas por PMH Laboratory, Inc. Esta prueba no ha sido aprobada ni aprobada por la FDA. Esta prueba ha sido autorizada por la FDA bajo una Autorización de Uso de Emergencia (EUA). Esta prueba ha sido validada de acuerdo con el Documento de Orientación de la FDA (Política para pruebas diagnósticas en laboratorios certificados para realizar pruebas de alta complejidad bajo CLIA antes de la Autorización de Uso de Emergencia para la Enfermedad coronavirus-2019 durante la Emergencia de Salud Pública) publicado el 20 de abril de 2020. La revisión independiente de la FDA de esta validación está pendiente. Esta prueba sólo está autorizada durante el tiempo que dure la declaración de que existen circunstancias que justifiquen la autorización del uso urgente de pruebas diagnósticas in vitro para la detección del virus SARS-CoV-2 y/o el diagnóstico de la infección por COVID-19 en virtud del artículo 564(b)(1) de la Ley, 21 U.S.C. 360bbb-3(b)(1), a menos que la autorización se rescinda o revoque antes.

Firma del paciente/guardián: _____ FECHA: _____

5862 Edinger Ave ♦ Huntington Beach ♦ CA ♦ 92649 ♦ (562) 592-2890 oficina ♦ (00 909)
 803-9790 Fax CLIA 05D2137011 ♦ ESTADO CLF351210 ♦ COLA 028736
 Rahil R. Khan, MD – Director de Laboratorio