



Registro de prueba de COVID en la clínica de salud basada en la escuela de Kankakee

ID del Paciente# _____

Por favor marque uno: Estudiante Personal Escuela/Lugar de Trabajo: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Sexo: Masculino Femenino Raza: _____ Etnia: Hispano No-Hispano

• Dirección del Paciente: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

• Número de Casa: _____ Número del Celular: _____

Tiene Seguridad de Salud? **Si / No** Por favor marque uno: Medicaid Seguridad Privada

Tiene el/la paciente síntomas del COVID? **Si / No**

Si respondió **SI**, por favor díjame los síntomas :

Fecha cuando los síntomas comenzaron: ____/____/____

Ha estado en contacto con un caso **POSITIVO de COVID** en los últimos 14 días? **Si / No**

Solo **PARA MUJERES**: Está actualmente embarazada? **Si / No**

1. Acepta usted verbal y voluntariamente su consentimiento para que los miembros autorizados del personal de la Clínica de Salud del Distrito Escolar de Kankakee #111 y sus designados presten dicha atención y/o pruebas de diagnóstico para las pruebas de COVID-19 Ag Abbott BiaxNOW para usted o su menor? **SI / NO**
2. Acepta que los resultados se divulguen al Departamento de Salud Pública de Illinois?? **SI / NO**

** Si **NO** da su consentimiento para que se publiquen los resultados, **NO PODEMOS** hacerle la prueba hoy. **

Firma del Paciente: _____ Fecha: ____/____/____

(Nombre del Padre/Madre/Tutor del Paciente si es un menor)

Consentimiento Verbal (por llamada telefónica)

Consentimiento verbal dado por: _____ Paciente / Padre / Tutor Fecha: ____/____/____

Firma del Testigo del Personal : _____ Fecha: ____/____/____

Firma del 2^{do} Testigo del Personal: _____ Fecha: ____/____/____