

Sección 1: TODOS Los Pacientes Completar

Entiendo que puedo revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad de CHC en: <https://www.chc1.com/privacy-statement>

Fecha: _____

Recibe resultados rápidamente por mensaje de texto!

- Doy mi consentimiento para que me realicen la prueba del COVID
- Doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto sobre mi atención médica (incluyendo resultados)
- Doy mi consentimiento para recibir resultados negativos por correo de voz en
- mi teléfono móvil mi teléfono doméstico ambas opciones

Móvil / Celular #: _____ Firma del Paciente: _____

Nombre del paciente: _____ Apellido del paciente: _____

Nombre de Preferencia: _____ Fecha de Nacimiento (mm/dd/aa): _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/ Código Postal: _____

Teléfono Residencial #: _____ Correo Electrónico: _____

Está teniendo algún sintoma? si no

Si la respuesta es si, tiene usted Medicare o el Plan de Medicare Advantage? si no

Si la respuesta es si, por favor escriba su ID de Medicare: _____

Sección 2: SOLO Pacientes Nuevos Completar Las Secciones 2 & 3

Sexo Masculino Femenino Otro

Negro u Afro-Americano

Indio Americano o Nativo de Alaska

Asiático Blanco

Hispanic or Latino

No Hispano o Latino

Raza Nativo de Hawaii u Otras Islas del Pacífico

Declinar No Específico

Otro _____

Etnia

Declinar

No Específico

Otro _____

Sección 3: Información Del Pariente / Guardián

Nombre: _____ Apellido: _____

Teléfono Residencial #: _____ Correo Electrónico: _____

Fecha de Nacimiento (mm/dd/aa): _____ Dirección igual a la anterior

Dirección: _____

Ciudad/Estado/ Código Postal: _____

Firma del Pariente/Guardián: _____