

Consentimiento de duración de prueba COVID-19

Fecha de hoy: ____ / ____ / ____

Nombre de Paciente: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ El Estudiante ID#: _____

Nombre del Padre/ Guardian (Si paciente tiene menor de 18 años): _____

tel: _____ ¿Es este un número de celular? ____ Si ____ No

¿Podemos enviarte un mensaje de texto en este número? ____ Si ____ No

Correo electrónico: _____ @ _____

¿Podemos enviarle un correo electrónico? ____ Si ____ No

¿Ha programado una cita en línea a través del portal?: ____ Si ____ No

Si es así, ¿cuál es la hora de su cita?: _____

¿Eres un paciente existente?: ____ Si ____ No

Historial Médico: ____ Diabetes ____ Hipertensión ____ Asthma ____ Otro:

Si hay otros, por favor explique: _____

Alergias médicas: _____

Razón de prueba: ____ Requisito de la escuela / trabajo

____ El Híbrido ____ Remota a Tiempo Completo Grado: _____

Al firmar este formulario, usted está satisfaciendo las pruebas de COVID-19 semanales hasta el 31 de agosto de 2022. Si se siente enfermo, debe buscar atención médica lo antes posible. Usted consiente que la información sobre este formulario sea precisa y está bien para recibir resultados por correo electrónico o texto. Entiendo que esta prueba no confirma una evaluación médica. Autoriza a JL Hudson Holdings LLC o su cesionario para facturar su cobertura de seguro / salud para estos servicios; Cuando esté disponible. Usted nos autoriza a liberar cualquier información / registros médicos para facturación y reembolso a las autoridades estatales / condados según lo requiera las directrices estatales. Si su compañía de seguros le paga directamente por nuestros servicios, acepta respaldar ese pago en 15 días de recibo. Usted consiente permitir que JL Hudson Holdings LLC comparta sus resultados con las escuelas públicas de Orange Township.

Firma de padre / tutor / paciente:

X _____

Office Notes: