

Doctor Rapid Result

71703 Highway 111 Suite B

Rancho Mirage, CA 92270

COVID TEST REQUISITION

PATIENT INFORMATION (Información del paciente)

Last name (APELLIDO): _____

First name (PRIMER NOMBRE): _____

Gender (GENERO) ☐ M ☐ F ☐ Custom: _____

Date of birth (FECHA DE NACIMIENTO): ____ / ____ / ____

Address (Dirección):

Street (CALLE): _____

City (CIUDAD): _____

State (ESTADO): California Zip code (EL CODIGO POSTAL): _____

WOULD YOU LIKE TO PROVIDE ADDITIONAL INFORMATION, SUCH AS... (¿LE GUSTARÍA PROPORCIONAR INFORMACIÓN ADICIONAL, TAL COMO...)

YES (SÍ) ____ NO ____

If yes (en caso afirmativo):

Social security number (Número de seguridad social): _____

Driver's license # (Licencia de conducir): _____

Phone# (Numero de telefono): () _____ - _____

E-mail address (Dirección de correo electrónico): _____

INSURANCE INFORMATION (INFORMACION DEL SEGURO)

DO YOU HAVE INSURANCE? (¿TIENES UN SEGURO?) YES (SÍ) ____ NO ____

If yes (en caso afirmativo): Please provide insurance card. (Por favor entregue tarjeta de seguro)

Insurance name (Nombre del Seguro): _____

Insurance identification number (Número de identificación del Seguro): _____

TESTS (PRUEBAS)

RAPID ANTIGEN (COVID 19) / INFLUENZA A & B COVID: POSITIVE NEGATIVE

✓ ANTIBODY (COVID 19)

Consent/Insurance Release: I, the undersigned, understand and grant permission to Doctor Rapid Result to bill my insurance or the HRS A program for collection and laboratory services provided. By signing below, I acknowledge that payment may be made on my behalf to Simmonds, inc. I understand that my records may be protected under 42 CFR Part 2, under which I may revoke my consent at any time except to the extent that action has been taken in reliance on it, and that in any event this consent expires six (6) months after the date of program discharge.

Consentimiento / Liberación del Seguro: Yo, el abajo firmante, entiendo y otorgo permiso a Doctor Rapid Result, para facturar a mi seguro o al programa HRSA por los servicios de recolección y laboratorio proporcionados. Al firmar a continuación, reconozco que se puede realizar el pago en mi nombre a Simmonds, Inc. Entiendo que mis registros pueden estar protegidos bajo 42 CFR Parte 2m bajo el cual puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento excepto en la medida en que se haya tornado acción en base a él, y que en cualquier caso este consentimiento expresa seis (6) meses después de la fecha de descarga del programa.

DATE OF SERVICE (FECHA DE SERVICIO): _____

PATIENT SIGNATURE (FIRMA DEL PACIENTE): _____

Covid-19 Screening Form

Instructions for use: Use one form for each person. Write the name of person being tested and the date of service. Take person's temperature and note any signs of fever, coughing, or shortness of breath.

TESTEE NAME: _____ DATE: _____

Screening questions	
Are you feeling any COVID-19 symptoms ? Symptoms may include any of the following not due to a chronic condition. If yes, circle any that apply below.	☐ No ☐ Yes
¿Siente algún síntoma de COVID-19, o ha estado en contacto físico cercano de una persona con un caso confirmado o sospechado de COVID-19 en los últimos 14 días? Los síntomas pueden incluir cualquiera de los siguientes que no se deban a una condición de salud crónica. En caso afirmativo, encierre en un círculo las que correspondan.	☐ No ☐ Sí

Do you have a fever or above-normal temperature (>100.4° F)? ¿Tienes fiebre?
Are you experiencing shortness of breath or having trouble breathing ? ¿Tiene dificultad para respirar o tiene problemas para respirar?
Do you have a dry cough ? ¿Tiene tos seca?
Do you have a runny nose ? ¿Tiene secreción nasal?
Have you recently lost or had a reduction in your sense of smell or taste ? ¿Ha perdido recientemente o ha tenido una reducción en su sentido del olfato o del gusto?
Do you have a sore throat ? ¿Tiene dolor de garganta?
Are you experiencing chills or repeated shaking with chills ? ¿Tiene escalofríos o temblores repetidos con escalofríos?
Do you have unexplained muscle pain ? ¿Tiene dolor muscular inexplicable?
Do you have a headache ? ¿Tienes un dolor de cabeza?

Additional screening questions	
Do you work in an enclosed environment or are you in frequent contact with other workers or the public? ¿Trabaja en un entorno cerrado o está en contacto frecuente con otros trabajadores o con el público?	☐ No ☐ Yes
Do you attend large gatherings such as church, theater, concerts, sports events, festivals, or parties? ¿Asiste a grandes reuniones como iglesias, teatros, conciertos, eventos deportivos, festivales o fiestas?	☐ No ☐ Yes
Do you go to crowded places like malls, swap meets, restaurants, public transportation? ¿Vas a lugares concurridos como centros comerciales, intercambios, restaurantes, transporte público?	☐ No ☐ Yes
Have you ever had or been directly exposed to COVID 19 ? ¿Alguna vez ha estado expuesto directamente a COVID 19?	☐ No ☐ Yes
Have you received an antibody test in the last 3 weeks? ¿Ha recibido una prueba de anticuerpos en las últimas 3 semanas?	☐ No ☐ Yes

Testing Personnel Signature: _____