



Premier Medical Group USA

COVID-19 Test Registration (Name of School District)

Información del estudiante / personal

Nombre		Dirección	
Apellido		Dpto/Unidad	
Teléfono celular		Ciudad	
Correo electrónico		Estado/Código postal	
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)		Género	

Información del padre / tutor legal (si aplica)

Nombre		Teléfono celular	
Apellido		Correo electrónico	

Información de la escuela (si aplica)

Nombre de escuela		Grado	
-------------------	--	-------	--

Ha tenido una prueba de COVID anteriormente

- Si
 No

Ha tenido una fiebre en las ultimas 24 horas? (arival de 100.4 F)?

- Si
 No

Cual fue su resultado?

- Negativo
 Inconcluso
 Positivo

Usted es estudiante?

- Estudiante
 Maestro/Empleado
 Otro: _____

Ha estado en contacto fisico cercano con alguien que haya tenido Covid-19 confirmado por un laboratorio o haya experimentado sintomas en los ultimos 14 dias?

- Si
 No

Ha viajado fuera de los Estados Unidos en los ultimos 10 dias?

- Si
 No



AUTHORIZATION FOR THE RELEASE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION

Entiendo que las medidas de seguridad de COVID-19, incluyendo la detección y el rastreo de contactos, son una parte importante de la seguridad en las educacion presenciales durante la pandemia actual. Por eso, hago las siguientes solicitudes, autorizaciones y declaraciones .

Yo autorizo al Dr. Scott Miscovich, SJM Premier Medical Group USA a divulgar a:

- Name of School District

La Autoridad COVID-19 asociada con el ubicación donde me están haciendo la prueba; y Cualquier persona o entidad que ayude Name of School District o la Autoridad encargada de COVID-19 con los esfuerzos de rastreo de contactos la siguiente información: registros médicos relacionados con cualquier prueba COVID-19 realizada en o después de la fecha del presente, incluida toda la información personal recopilada en relación con dichas pruebas.

La información divulgada se limitará a los resultados de las pruebas COVID realizadas a menos que el paciente especifique lo contrario. El propósito de la divulgación autorizada en este documento es : transmitir el resultado de las pruebas de COVID-19 a Y Name of School District al Oficial de COVID-19 para que puedan usar y divulgar la información que consideren razonablemente necesaria, lo que incluye, pero no limitada a, tomar determinaciones de participación, rastreo de contactos e informes a autoridades de salud pública.

Entiendo que si el resultado de mi prueba indica que soy positivo para el virus COVID-19, tendré que seguir las pautas establecidas por Name of School District para evitar una mayor transmisión del virus.

Entiendo que, en la medida en que mis registros estén actualmente protegidos por las regulaciones federales de privacidad dentro de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros de Salud (HIPAA), 45 CFR Partes 160 y 164, este documento autoriza la divulgación de mis registros como se indica en este documento.

Entiendo además que para los fines divulgados anteriormente, la información especificada anteriormente se divulgará de conformidad con esta autorización, y que el destinatario de la información puede volver a divulgar la información y esa nueva divulgación puede no estar prohibida por la ley de privacidad de HIPAA. Entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito a info@pmgusa.org en cualquier momento, excepto en la medida en que la acción haya sido tomado en dependencia de él, y que en cualquier caso esta autorización vence automáticamente de la siguiente manera:

- Un año a partir de la fecha de la firma.

Entiendo que la entidad cubierta que solicita esta autorización no puede condicionar el tratamiento, pago, ni plan, o elegibilidad para beneficios si firmo la autorización. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización después de que esté firmada.

Me gustaría recibir una copia de la Autorización Para La Divulgación De Información Médica Protegida

Firma

Personal o tutor legal

Nombre
Completo

Personal o tutor legal

Fecha de la firma

MM

DD

AA



COVID-19 Testing: Informed Consent

Lea atentamente y firme el siguiente Consentimiento informado: Autorizo a SJM Premier Medical Solutions a realizar la recolección y análisis de COVID-19 a través de un hisopo de nasal, según lo indique un proveedor médico autorizado. Autorizo que los resultados de mi prueba se divulguen al condado, al estado o a cualquier otra entidad gubernamental, según lo requiera la ley. Entiendo que las autoridades de salud pública pueden comunicarse conmigo directamente si tengo un resultado positivo. Acepto que un resultado positivo es una indicación de que debo aislarme a mí mismo en un esfuerzo por evitar infectar a otros. Entiendo que la unidad de prueba no actúa como mi proveedor médico, esta prueba no reemplaza el tratamiento de mi proveedor médico, y asumo la responsabilidad completa y total de tomar acción apropiada con respecto a los resultados de mi prueba. Acepto que buscaré consejo médico, atención y tratamiento de mi proveedor médico si tengo preguntas o inquietudes, o si mi condición empeora. Entiendo que, como En cualquier prueba médica, existe la posibilidad de un resultado falso positivo o falso negativo de la prueba COVID-19. Yo, el abajo firmante, he sido informado sobre el propósito de la prueba, los procedimientos, los posibles beneficios y riesgos, y he recibido una copia de este consentimiento informado. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas antes de firmar y se me ha informado que puedo hacer preguntas adicionales en cualquier momento. Acepto voluntariamente esta prueba para COVID-19.

Me gustaría recibir una copia del consentimiento informado

Firma

Personal o tutor legal

Nombre
Completo

Personal o tutor legal

Fecha de la firma

MM

DD

AA