

**REGISTRACION**

# **Información Demográfica**

Nombre Completo: Apellido Nombre \_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: Calle \_\_\_\_\_\_\_\_ Apartamento/Unidad#

Ciudad Estado Código Postal

Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono Secundario:

Correo electrónico:

**Raza:**

🞎Indio Americano/ Nativo de Alaska

🞎Asiático

🞎Negro/ Afroamericano

🞎Nativo de Hawái/ Otro Isla del Pacifico

🞎Blanco

🞎Otro

🞎Prefiero no contestar

**Etnicidad:**

🞎Hispano o Latino

🞎No Hispano o Latino

🞎Prefiero no contestar

**Género:**

🞎Femenino 🞎Masculino

🞎Otro (especifique)

**¿Se considera usted?**

🞎Heterosexual o hétero 🞎Homosexual

🞎Bisexual

🞎Prefiero no contestar

**Lenguaje primario:**

🞎Inglés

🞎Español

🞎 Otra (especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Información Acerca de su Seguro Medico:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y Número de Identificación de su Seguro Medico:

🞎 Sin seguro medico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cuántas personas viven en su casa?

# **Síntomas Actuales**

¿En este momento tiene usted síntomas de Covid-19? (seleccione todos los que apliquen)

🞎No

🞎Fiebre o 🞎Escalofríos Tos

🞎Respiración corta /Dificultad para respirar 🞎Dolor muscular /de cuerpo

🞎Pulmonía 🞎Bronquitis 🞎Moquillo nasal

🞎Perdida del sabor/olfato 🞎Dolor de garganta 🞎Nausea

🞎Vómito 🞎Diarrea

🞎Dolor de pecho 🞎Dolor abdominal

🞎Otro (especifique)

# **Historial Medico**

Solo para mujeres – ¿Está embarazada? 🞎Sí 🞎No

¿Presenta usted los siguientes factores de riesgo? (seleccione todos los que apliquen)

🞎65 años o mas

🞎Diabetes 🞎Asma

🞎EPOC – Enfermedad Pulmonar

🞎Obstructiva Crónica

🞎 Antecedentes de Embolia

¿Presenta usted los siguientes factores de riesgo? (seleccione todos los que apliquen) – continuación…

🞎Antecedentes de Ataque al corazón

🞎 Alta Presión

🞎Condición cardiaca 🞎VIH/SIDA

🞎Enfermedad crónica renal

🞎Enfermedad de hígado

🞎Cáncer o Leucemia/Mieloma Múltiple 🞎Fumador

🞎Obesidad

¿Se le ha dicho alguna vez que usted tiene Coronavirus-19?

🞎Sí 🞎No Sí sí, ¿cuándo?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# **Concientización**

¿Cómo se enteró usted de este programa de pruebas?

🞎 Por el internet

🞎 Por el radio

🞎 Por un volante

🞎 Por otras personas

🞎Por un proveedor medico

# **Permiso y Firma**

Yo certifico que mis respuestas son verdaderas y completas bajo mi conocimiento. Entiendo que se me programara una cita de Telesalud dentro de 5 días para obtener mis resultados.

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha:

Escriba su nombre:

Nombre de un contacto en caso de emergencia:

Número telefónico de su contacto en caso de emergencia:

Estoy de acuerdo en que los resultados de mi prueba se pueden revelar a mí mismo.

🞎Sí 🞎No

|  |
| --- |
| **Consentimiento para Servicios Médicos**  Doy mi consentimiento para recibir servicios médicos ofrecidos por Aunt Martha’s Health Center. Entiendo que puedo revocar  mi consentimiento por escrito en cualquier momento. También comprendo que cualquier información con respecto a mi historial o tratamiento médico será confidencial a menos que deba ser revelado bajo las leyes estatales y federales. Doy mi consentimiento para la liberación de mi historial médico a Medicaid, Medicare, compañías de seguros, organizaciones de acreditación y a otros programas de Aunt Martha’s.    Firma del Paciente Fecha    Firma Padre/Madre/Tutor/Representante Fecha    Firma de Testigo (Personal de Aunt Martha’s) Fecha |