

 **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 revocarmi 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 |