



## **Bienvenido al programa de pruebas Covid-19 de SMMUSD**

### **A cargo de DoctorNow**

Para asegurarse de que su prueba se procese de manera rápida y correcta, escriba con precisión la información que se le solicita en las siguientes páginas.

**Para los padres que inscriben a su(s) estudiante(s):  
Escriba el nombre de su hijo(a) en la sección del nombre del paciente.**

Escriba los datos para contactar al padre/tutor legal en la página de contacto para poder recibir los resultados de la prueba.

El distrito escolar le informará aparte la fecha y la hora de las pruebas.

Se recomienda ampliamente que realice el proceso de inscripción en un dispositivo móvil.

Es importante escribir correctamente la fecha de nacimiento de su hijo(a). Esta fecha de nacimiento se le solicitará para tener acceso a los resultados de la prueba cuando estén listos.

Si no tiene seguro, asegúrese de seleccionar Sin seguro y siga las instrucciones.

Para problemas con la inscripción, comuníquese con DoctorNow en [info@mydoctornow.net](mailto:info@mydoctornow.net)

Empezar

Primer nombre \*

Ingrese su primer nombre

---

Apellido \*

Ingrese apellido

---

Fecha de nacimiento \*

Seleccionar fecha de nacimiento

---

Continuar

First Name \*

Ingresar First Name

---

Por favor introduzca un valor.

Middle Name

Ingresar Middle Name

---

Last Name \*

Ingresar Last Name

---

Por favor introduzca un valor.

Date of Birth \*

ago. 27, 2021

---

Gender \*

Seleccionar Gender

---

Ethnicity \*

Seleccionar Ethnicity

---

Race \*

Seleccionar Race

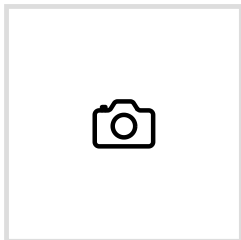
---

Population \*

Ingresar Population

---

Photo ID (For Minors please Scan Parent/Guardian ID) \*



Dirección línea 1 \*

Ingrese la dirección de la calle

---

Dirección línea 2

Ingresar depto, suite, etc.

---

Ciudad \*

Ingresar ciudad

---

State \*

Ingresar estado

---

País \*

Ingresar país

---

Código postal \*

Ingresar código postal

---

Método de contacto preferido \*

Seleccionar método de contacto preferido

---



Teléfono celular \*

Ingrese teléfono celular

---

Email \*

Ingresar email

---

Is this your first time testing for COVID-19? \*

Sí  No  Desconocido

---

Are you employed in healthcare? \*

Sí  No  Desconocido

---

Are you experiencing any COVID-19 symptoms as defined by CDC? \*

Sí  No  Desconocido

---

Have you been hospitalized due to COVID-19? \*

Sí  No  Desconocido

---

Have you been admitted to the ICU due to COVID-19? \*

Sí  No  Desconocido

---

Are you a resident in a congregate care setting (including nursing homes, residential care for people with intellectual and developmental disabilities, psychiatric treatment facilities, group homes, board and care homes, homeless shelter, foster care or other setting)? \*

Sí  No  Desconocido

---

Are you currently pregnant? \*

Sí  No  Desconocido

---

Si tiene seguro médico, escriba a continuación la información de su póliza.  
Si no tiene seguro médico, seleccione "Sin seguro médico (Ley CARES)" en el campo "Compañía de seguros". Además, en el campo titulado "Identificación del asegurado", ingrese su número de seguro social, en el campo titulado "Número de grupo", déjelo en blanco y en el campo titulado "Relación de seguro", seleccione "Uno mismo".

Insurance Rank \*

Primary



Compañía de seguros \*

Ingresar compañía de seguros

Identificación de suscriptor

Ingresar identificación de suscriptor

Número de grupo

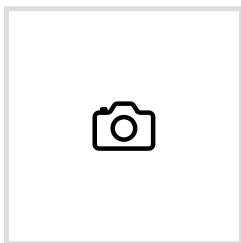
Ingresar número de grupo

Relación de seguro \*

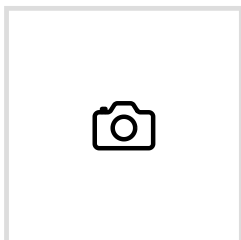
Self



Tarjeta de seguro (Frente)



Tarjeta de seguro (Reverso)



Por favor lea y firme el consentimiento a continuación.

#### Requisitos y divulgación de HIPAA

Todos los pacientes tienen ciertos derechos a la privacidad con respecto a su información médica protegida. Estos derechos se les otorgan en virtud de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA).

- Tratamiento (incluido el tratamiento directo e indirecto de otros proveedores de atención médica involucrados en mi tratamiento);
- Obtener el pago de terceros pagadores (por ejemplo, mi compañía de seguros);
- Las operaciones de cuidado de la salud del día a día de la práctica.

A todos los pacientes se les informará y se les dará el derecho de revisar y obtener una copia de su Declaración de Prácticas de Privacidad, que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi información médica protegida y mis derechos bajo HIPAA. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de este aviso de vez en cuando y, cuando nos contacten, lo informaremos a nuestros pacientes.

Todos los pacientes tienen derecho a establecer límites sobre cómo se usa y divulga su información médica protegida para llevar a cabo el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, pero no están obligados a aceptar estas restricciones solicitadas.

Todos los pacientes pueden revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento. Sin embargo, cualquier uso o divulgación que haya ocurrido antes de la fecha de revocación de este consentimiento no se verá afectado. Su médico comprende la importancia de la confidencialidad del paciente y está comprometido con la protección de su información médica personal.

Toda la información de identificación personal está protegida y almacenada en un servidor seguro.

Toda la información proporcionada durante el registro o en una conversación con cualquiera de nuestros empleados se mantiene en total confidencialidad. Nuestros empleados se adhieren a los estrictos estándares de confidencialidad del paciente establecidos por la Asociación Médica Estadounidense y la Fundación Health on the Net.

No compartimos su información personal con ninguno de nuestros sitios afiliados o asociados.

No divulgaremos ninguna información de identificación personal a nadie a menos que así lo exijan las leyes federales o estatales. Se pueden divulgar resúmenes estadísticos agregados a terceros, pero estas estadísticas no contendrán información de identificación personal.

**AL FIRMAR A CONTINUACIÓN, ACEPTA RECIBIR LOS RESULTADOS DEL LABORATORIO ELECTRÓNICAMENTE A TRAVÉS DE MENSAJES DE TEXTO O CORREO ELECTRÓNICO.**

**TAMBIÉN ACEPTA ENTREGAR LOS RESULTADOS DE LA PRUEBA COVID-19 AL DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE SANTA MONICA-MALIBU (SMMUSD).**

Para obtener más información, visite <https://www.mydoctornow.net/privacy-policy>

**Si el paciente es menor de 18 años, un padre o tutor legal debe firmar este documento.**

 Firmar





**Por favor lea y firme el consentimiento a continuación.**

**Consentimiento informado de DoctorNow:**

A. Doy mi consentimiento voluntario para que DoctorNow me proporcione pruebas de Covid-19 y servicios relacionados a mí o al paciente por parte de sus médicos asociados, médicos y otro personal mediante una extracción de saliva, hisopado nasofaríngeo, o hisopado de la nariz anterior, según lo indique un médico autorizado, proveedor o funcionario de salud pública.

B. Autorizo que los resultados de mi prueba se divulguen a los representantes del SMMUSD según se considere necesario para la aplicación de la política de salud pública y el protocolo del distrito. Individuos que incluyen, pero no se limitan a: administradores de SMMUSD, director del sitio, subdirectores y personal de salud asociado de SMMUSD. Además, los resultados se divulgarán al condado, al estado o a cualquier otra entidad gubernamental según lo requiera la ley.


C. Reconozco que un resultado positivo de la prueba es una indicación de que debo aislarme y/o usar una mascarilla o una cubierta facial como se indica para evitar infectar a otros.

D. Entiendo que DoctorNow 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 las medidas adecuadas con respecto a los resultados de mi prueba. Acepto que buscaré asesoramiento médico, atención y tratamiento de mi proveedor médico si tengo preguntas o inquietudes, o si mi condición empeora

E. Entiendo que, al igual que con cualquier prueba médica, existe la posibilidad de un resultado falso positivo o falso negativo de la prueba COVID-19. Reconozco mi aceptación de que el distrito no aceptará pruebas repetidas de muestras recolectadas en un día diferente como evidencia de un falso positivo y que una prueba negativa significa que no se detectó SARS-CoV-2 pero que aún podría estar presente.

F. Entiendo que soy responsable de proporcionar información de seguro correcta y precisa para que la compañía pueda enviar una factura de cobro a mi seguro. Doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información médica protegida o la del paciente con el fin de obtener el pago por los servicios prestados a mí o al paciente, el tratamiento y las operaciones de atención médica de conformidad con el Aviso de prácticas de privacidad de DoctorNow. Autorizo el pago de beneficios médicos a DoctorNow o su designado por los servicios prestados.

**Si el paciente es menor de 18 años, un padre o tutor legal debe firmar este documento.**

 Firmar



Por favor lea y firme el consentimiento a continuación.

**ACUERDO DE ARBITRAJE MÉDICO-PACIENTE**

Acuerdo de arbitraje:

Artículo 1: Se entiende que cualquier disputa sobre negligencia médica, es decir, si mis servicios médicos en virtud de este contrato fueron necesarios o no autorizados o se prestaron de manera incorrecta, negligente o incompetente, se determinará mediante la sumisión a arbitraje según lo dispuesto por la ley de California, y no mediante una demanda o recurso a un proceso judicial, salvo que la ley de California disponga una revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. Ambas partes de este contrato, al celebrarlo, están renunciando a su derecho constitucional de que cualquier disputa de este tipo se resuelva en un tribunal de justicia ante un jurado, y en su lugar están aceptando el uso del arbitraje.

Artículo 2: Todas las reclamaciones deben ser arbitradas: Es la intención de las partes que este acuerdo cubre todas las reclamaciones o controversias, ya sea por agravio, contrato o de otro tipo, y vincula a todas las partes cuyas reclamaciones puedan surgir de o de alguna manera se relacionen con tratamiento o servicios proporcionados o no proporcionados por el médico, grupo médico o asociación identificados a continuación, sus socios, asociados, asociaciones, corporaciones, sociedades, empleados, agentes, clínicas y / o proveedores (en adelante, colectivamente denominados "Médico") para un paciente, incluido cualquier cónyuge o heredero del paciente y cualquier hijo, nacido o no nacido, en el momento del suceso que da lugar a cualquier reclamación. En el caso de cualquier madre embarazada, el término "paciente" en este documento se referirá tanto a la madre como al hijo o hijos previstos de la madre.

La presentación por parte del médico de cualquier acción en cualquier tribunal por parte del médico para cobrar cualquier tarifa del paciente no renunciará al derecho de obligar al arbitraje de cualquier reclamo por negligencia. Sin embargo, después de la afirmación de cualquier reclamo contra el médico, cualquier disputa de honorarios, sea o no objeto de una acción judicial existente, también se resolverá mediante arbitraje.

Artículo 3: Procedimientos y ley aplicable: Una demanda de arbitraje debe ser comunicada por escrito por correo de los EE. UU., Con franqueo pagado, a todas las partes, describiendo el reclamo contra el médico, el monto del daño buscado y los nombres, direcciones y número de teléfono de el paciente y (si corresponde) su abogado. A partir de entonces, las partes seleccionarán un árbitro neutral que anteriormente fue un juez de la corte superior de California, para presidir el asunto. Ambas partes tendrán el derecho absoluto de arbitrar por separado las cuestiones de responsabilidad y daños mediante solicitud por escrito al árbitro. El paciente deberá perseguir sus reclamos con diligencia razonable, y el arbitraje debe regirse de conformidad con el Código de Procedimiento Civil §§ 1280-1295 y la Ley Federal de Arbitraje (9 U.S.C. §§ 1 - 4). Las partes asumirán sus propios costos, honorarios y gastos, junto con una parte prorrateada de los honorarios y gastos del árbitro neutral.

Artículo 4: Efecto retroactivo: El paciente tiene la intención de que este acuerdo cubra todos los servicios prestados por el médico no solo después de la fecha en que se firmó (incluido, entre otros, el tratamiento de emergencia), sino también antes de su firma.

Artículo 5: Revocación: Este acuerdo puede revocarse mediante notificación por escrito entregada al médico dentro de los 30 días posteriores a la firma y, si no se revoca, regirá todos los servicios médicos que reciba el paciente.

Artículo 6: Disposición de divisibilidad: En caso de que alguna disposición de este acuerdo se declare nula y / o inaplicable, dicha disposición se considerará separada del resto del contrato cumplido de acuerdo con la ley de California.

**Si el paciente es menor de 18 años, un padre o tutor legal debe firmar este documento.**

 Firmar