



# Volver a la Escuela de Otoño 2021

## Covid -19 Salud y Bienestar Evaluación Consentimiento del Paciente

### Información

deprueba Ubicación \*

Nombre \*

Última NAME \*

Fecha de nacimiento \*

Mes día año

Género \*

- MASCULINO
- FEMENINO
- prefiere no responder

Raza \*

- Indio americano o nativo de Alaska.
- Asiático.
- Negro o afroamericano.
- Originario de Hawái u otra isla del Pacífico.
- Blanco.
- Prefiero no responder.

Etnia \*

- Hispano
- No hispano
- Desconocido
- No proporcionado

Correo electrónico \*

example@example.com

Teléfono \*

Dirección \*

Dirección de la calle Dirección de la calle

Línea 2

Ciudad Estado / provincia

Código postal / Código postal

# Información del seguro

Tenga en cuenta: Si no proporciona a los pacientes información detallada sobre el seguro, se marcará su expediente y no podrán recibir su prueba en el campus.

¿Tienes seguro médico? \*

- Sí
- No

**Nombre de la compañía de seguros**

---

**Identificación del miembro o identificación del suscriptor**

---

**Número de grupo**

Si no tiene un número de grupo, ingrese el tipo de plan (HMO, PPO, Medicare, etc.)

---

**Nombre de la persona asegurada**

---

Nombre Apellido

**Relación con la persona asegurada**

- Sí mismo
- Guardian

**Insurance Card Front and Back Photo \***



**Buscar archivos**  
Arrastre y suelte archivos aquí

Please upload photos of the front and back of your insurance card

## Autorización defacturar al seguro

Por la presente autorizo y ordeno a la compañía de seguros anterior que pague los beneficios adeudados de acuerdo con los términos de mi póliza pagaderos a Malibu Medical Corporation, 23661 Pacific Coast Highway Malibu, CA 90265

- Autorizo a Malibu Medical y HCCL Labs a divulgar cualquier información que necesite la compañía de seguros con respecto a este reclamo.

- Solicito que el pago de los beneficios del seguro se pague directamente a Malibu Medical Group y HCCL Labs.

**Firma:**

---

Fecha

# CERTIFICACIÓN COVIDA DE PACIENTE NO ASEGURADO

Complete la siguiente información si actualmente no tiene seguro. Tenga en cuenta que esta información es necesaria para que el gobierno federal pague la prueba de COVID-19

**Nombre del paciente Nombre**

---

Apellido

**Debe proporcionar uno de los siguientes identificadores**

Número de seguro social O información de la licencia de conducir

**Número de seguro social número de**

---

**O**

**número de identificación del estado**

---

**estado Estado**

---

## **CERTIFICACIÓN DE NO COBERTURA**

No tengo cobertura de atención médica como cobertura individual, patrocinada por el empleador, Medicare o Medicaid.

Por lo tanto, afirmo y atestiguo que el paciente mencionado arriba califica como no asegurado de acuerdo con el Programa de No Asegurados COVID-19 en la Ley de Ayuda, Alivio y Seguridad Económica por Coronavirus (CARES) (PL 116-136).

**Firma**

---

**NOMBRE LEGAL COMPLETO**

---

Nombre Apellido

# Consentimiento informado

## Prueba COVID-19: Consentimiento informado

a. Autorizo a esta unidad de prueba de COVID-19 a realizar la recolección y la prueba de COVID-19 a través de una recolección de saliva, un hisopo naso-faríngeo, un hisopo de las fosas nasales anteriores, según lo indique un proveedor médico autorizado o un 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. Entiendo que bajo ninguna circunstancia Malibu Medical Corp comparte o transfiere ninguna información, excepto los resultados, a la administración y CalRedie, como lo requiere la ley estatal.

D. Reconozco que un resultado positivo de la prueba es una indicación de que debo aislarme a mí mismo y / o usar una máscara o una cubierta facial como se indica en un esfuerzo por evitar infectar a otros.

mi. 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 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 afección empeora.

F. Entiendo que, como 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.

Política financiera:

Entiendo que los tiempos de devolución de resultados no están garantizados y que todos los resultados de laboratorio son generados por HCCL, sobre el cual Malibu Medical Corp no tiene control. Por la presente autorizo y ordeno a la compañía de seguros anterior que pague los beneficios adeudados de acuerdo con los términos de mi póliza pagaderos a Malibu Medical Corporation, 23661 Pacific Coast Highway Malibu, CA 90265 y HCCL Laboratories

- Autorizo a Malibu Medical y HCCL Laboratories a divulgar cualquier información que necesite la compañía de seguros con respecto a este reclamo.
- Solicito que el pago de los beneficios del seguro se pague directamente a Malibu Medical Group y HCCL Labs.

**firma**

---

## Relación decon el paciente

- Auto
- Guardián