

**DE ACUERDO CON EL DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS SOLO LOS INDIVIDUOS QUE CUMPLEN CON UNA O MÁS DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES DEBEN REALIZARSE LA PRUEBA DE COVID-19:**

- Cualquier persona con síntomas sugestivos de COVID-19: tos, falta de aliento o dificultad para respirar, fiebre, escalofríos, dolor muscular, dolor de garganta, nueva pérdida del sabor o el olfato. Otros síntomas menos comunes han sido reportados, incluyendo síntomas gastrointestinales como náuseas, vómitos o diarrea;
- Contactos cercanos de casos positivos conocidos, independientemente de los síntomas;
- Independientemente de los síntomas, cualquier persona con mayor riesgo de exposición o mayor riesgo de enfermedad grave. Tales poblaciones de pacientes son personas que viven o tienen contacto regular con entornos de alto riesgo (por ejemplo, centro de atención a largo plazo, refugio para personas sin hogar, centro correccional, campamento de trabajadores agrícolas migrantes);
- Personas con alto riesgo de enfermedad grave (por ejemplo, personas mayores de 65 años, personas de cualquier edad con condiciones de salud subyacentes);
- Personas que provienen de poblaciones históricamente marginadas;
- Trabajadores de la salud o socorristas de emergencias (por ejemplo, el EMS, policía, bomberos, militares);
- Trabajadores de primera línea y esenciales (empleados de supermercados, empleados de gasolineras, etc.) en lugares donde es difícil mantener el distanciamiento social.

Prueba de COVID-19

Departamento de salud del Condado de Montgomery

**PERSONA BAJO INVESTIGACIÓN** Información del paciente

Fecha: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Edad: \_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino Raza: \_\_\_\_\_ Hispano No-Hispano

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Médico primario / proveedor: \_\_\_\_\_

Dirección de su médico primario: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de su médico primario: \_\_\_\_\_

YO :  NO TENGO SEGURO MEDICO YO TENGO:  NUMERO ID DE MEDICAID: \_\_\_\_\_  OTRO

Compañía de seguro medico: \_\_\_\_\_ Numero de teléfono : \_\_\_\_\_

#ID de suscriptor: \_\_\_\_\_ Group #: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado en la tarjeta: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN CLÍNICA**

¿Tiene síntomas?: SI NO Si es sintomático, fecha de inicio \_\_\_\_\_

Marque a continuación los síntomas que tiene o deje en blanco si no tiene ningún síntoma

Fiebre >100.4 F  Escalofríos  Dolores musculares  Escurrimiento nasal  Dolor de garganta  Tos  Dolor de cabeza  Dificultad para respirar  Náusea o vomito  Dolor abdominal  Diarrea mas de 3 heces sueltas en un día

Otros síntomas que no están en la lista: \_\_\_\_\_

**¿TIENE ALGUNA DE LAS CONDICIONES MÉDICAS? Marque sólo los que usted tiene:**

Tengo condiciones médicas pre-existentes: SI NO

- Enfermedad pulmonar crónica (asma / enfisema / EPOC) Diabetes Mellitus  Enfermedad cardiovascular   
 Enfermedad renal crónica  Enfermedad crónica del hígado  Condición inmunocomprometida  Fumador actual   
 Neurológico/Condición del neurodesarrollo  (Ex) fumador  
 Si es mujer, ¿actualmente embarazada?  
 Otro \_\_\_\_\_

**Historial / información adicional requerida para la prueba**

¿Trabaja en un centro de atención médica o un entorno congregado? (por ejemplo, atención a largo plazo, prisión, cárcel) SI NO Si contesto si, Nombre de la instalación: \_\_\_\_\_ Su ocupación: \_\_\_\_\_

¿Trabajo estando enfermo? SI No Ultimo día de trabajo: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

¿Vive en un entorno congregado? SI NO Si contesto si, Nombre de la instalación: \_\_\_\_\_

¿Es usted un contacto cercano de un caso COVID positivo conocido? SI NO

**Doy fe y voluntariamente doy mi consentimiento para lo siguiente:**

- Prueba de COVID-19  
 Divulgación de mis resultados a mi proveedor de atención primaria  
 Divulgación de mi información médica para procesar mi reclamo de seguro..  
 Revisado la "Notificación de prácticas de privacidad" del departamento de salud del condado de Montgomery @ [www.montgomerycountync.com](http://www.montgomerycountync.com)  
 Recibido información "Enfermedad por coronavirus 2019 Guía para personas bajo investigación"

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

**For Health Department Use Only**

Specimens for COVID -19 Testing: Specimen # \_\_\_\_\_ Date of Specimen \_\_\_\_\_

Specimen Type: NP OP Other: \_\_\_\_\_ Sent to: State Lab Quest  \_\_\_\_\_

Specimen Collected by:  Amy Taylor, MLT Nurse: \_\_\_\_\_ Paramedic: \_\_\_\_\_

***\*AVISO AL PACIENTE:***

**(1) AL SOMETERSE A ESTA PRUEBA, SE RECONOCE COMO UNA PERSONA BAJO INVESTIGACIÓN POR COVID-19. ESTA PRUEBA SE REALIZA COMO PARTE DE UN ALCANCE DE SEGURIDAD PÚBLICA, CON EL OBJETIVO DE AYUDAR A REDUCIR LA PROPAGACIÓN DE UN VIRUS ALTAMENTE INFECCIOSO Y POTENCIALMENTE MORTAL. USTED DEBE TOMAR TODAS LAS PRECAUCIONES PARA RESTRINGIR EL CONTACTO CON OTRAS PERSONAS DEBE PRACTICAR LO SIGUIENTE EN TODO MOMENTO: UTILICE UNA MÁSCARA, LAVE SUS MANOS REPETIDAMENTE Y ESPERE AL MENOS SEIS PIES DE DISTANCIA MIENTRAS ESTÉ EN ESPACIOS CONFINADOS.**

**(2) EL DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE MONTGOMERY NO ES RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN MÉDICA AL PACIENTE RELACIONADA CON ESTA PRUEBA. PACIENTES QUE DESARROLLAN SÍNTOMAS O CUYOS SÍNTOMAS EMPEORAN DEBEN COMUNICARSE CON SU MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA, LA SALA DE EMERGENCIAS, O LLAMAR AL 911.**