

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
 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.

Prueba de Covid-19
Departamento de salud del Condado de Montgomery
PERSONA BAJO INVESTIGACIÓN
Guías posteriores a la muestra

ESTA PÁGINA DE INFORMACIÓN DEBE SER CONSERVADA POR EL PACIENTE.

Al someterse a la prueba COVID-19, se ha identificado como de alto riesgo por una o más de las siguientes razones:

- 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 de sabor u olfato. Se han informado otros síntomas menos comunes, incluidos síntomas gastrointestinales como náuseas, vómitos o diarrea;
- Contactos cercanos de casos positivos conocidos, independientemente de los síntomas;
- 436/5000
- Independientemente de los síntomas, cualquier persona con mayor riesgo de exposición o mayor riesgo de enfermedad grave. Dichas 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 que están en alto riesgo de enfermedad grave (por ejemplo, las personas mayores de 65 años de edad, las personas de cualquier edad con condiciones de salud subyacentes);
- Personas que provienen de poblaciones históricamente marginadas;
- Trabajadores de la salud o socorristas (por ejemplo, EMS, fuerzas del orden, bomberos, militares);
- Trabajadores de primera línea y esenciales (empleados de supermercados, empleados de gasolineras, etc.) en lugares donde el distanciamiento social es difícil de mantener.

El Departamento de Salud del Condado de Montgomery se comunicará con usted tan pronto como estén disponibles los resultados de su prueba (generalmente de 4 a 8 días laborales). Mientras espera los resultados, debe evitar el contacto con otros. **Quedarse en casa y aislarse de los miembros de la familia es la mejor manera de frenar la propagación de COVID-19 y proteger a los demás.** Si es inevitable (si debe abandonar su hogar), SIEMPRE practique lo siguiente: Use una mascarilla. Espere al menos seis pies de distancia. Lávese las manos frecuentemente con agua y jabón.

EL DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE MONTGOMERY NO ES RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN 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.