



PATIENT REGISTRATION -- COVID-19 TESTING

| | | | | |
|---|--|-------------------------------------|----------------|---|
| First Name: (Primer Nombre) | | Last Name: (Apellido) | | Middle Name or Initial (Segundo Nombre) |
| Address (Dirección) | | City (Ciudad) | State (Estado) | Zip (Codigo) |
| Cell Phone (Número de celular) | | Home Phone (Número de la casa) | | |
| Gender (Género) Male (Masculino) Female (Mujer) | | Date of Birth (Fecha de Nacimiento) | | |

Email: _____

**Patient Acknowledgement Notice of Privacy Practices/
Reconocimiento del Paciente Un aviso de Practicas de Privacidad**

Covid Testing of Illinois will use and disclose your personal information to treat you, to receive payment for the care we provide and for other health care operations. A detailed **NOTICE OF PRIVACY PRACTICES** is available upon request to better help understand our policies about your personal health information. By signing below, I am certifying the information on this form is true and correct. I request medical treatment as requested. Also, that I have received and/or read the Notice of Privacy Practice provided by Premier Occupational Health and understand the requirements under HIPAA.

Covid Testing of Illinois va a usar y divulgar su información personal para darle tratamiento, para recibir el pago por la atención que proporcionamos y para otras operaciones de atención médica. UN AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD detallada está disponible bajo petición para ayudar a entender mejor nuestras políticas acerca de su información médica personal. Al firmar abajo, yo certifico la información en este formulario es verdadera y correcta. Solicito el tratamiento médico se ha descrito anteriormente.. También, que he recibido y / o leído el Aviso de prácticas de privacidad proporcionada por el Premier Occupational Health y comprender los requisitos previstos en la ley HIPAA..

Authorization to release information / Autorización para divulgar información COVID-19 CONSENT

If you have tested **POSITIVE** for COVID-19, We advise you to self-quarantine for 14 days, continue supportive management of symptoms. If worsening of symptoms, including but not limited to Dyspnea, hemoptysis, chest pain, syncope, fever not improved with OTC antipyretics or any other concerning symptoms go to the Emergency Room.

Si ha probado **POSITIVO** para COVID-19, Le recomendamos que se auto-cuarentena durante 14 días, continuar el manejo de apoyo de los síntomas), si empeora de los síntomas, incluyendo pero no limitado a Disnea, hemoptysis, dolor en el pecho, síncope, fiebre no mejorada con antipiréticos OTC o cualquier otro síntoma relacionado con la sala de emergencias.

Covid Testing of Illinois uses CareStart (TM) Rapid Test that are used in accordance with the U.S. Food and Drug Administration's (FDA's) recent guidance, titled "Policy for Diagnostic Tests for Coronavirus Disease- 2019 during the Public Health Emergency, " which was issued on March 16, 2020. FDA issued this guidance to help accelerate the availability of novel coronavirus (COVID-19) diagnostic tests developed by laboratories and commercial manufacturers during the public health emergency.

Covid Testing of Illinois utiliza CareStart (TM) Rapid Test que se usan de acuerdo con la guía reciente de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA), titulada "Política de pruebas diagnósticas para la enfermedad coronavirus- 2019 durante la emergencia de salud pública", que fue emitida el 16 de marzo de 2020. La FDA emitió esta guía para ayudar a acelerar la disponibilidad de nuevas pruebas de diagnóstico de coronavirus (COVID-19) desarrolladas por laboratorios y fabricantes comerciales durante la emergencia de salud pública.

Negative results do not rule out COVID-19 VIRUS, infection, particularly in those who have been in contact with the virus. Follow-up testing with a molecular diagnostic should be considered to rule out infection in these individuals.

Los resultados negativos no descartan COVID-19 VIRUS, infección, particularmente en aquellos que han estado en contacto con el virus. Se deben considerar pruebas de seguimiento con un diagnóstico molecular para descartar la infección en estos individuos.

Results from the antigen testing should not be used as the sole basis to diagnose or exclude COVID-19 infection.

Los resultados de la prueba de antígeno no deben utilizarse como única base para diagnosticar o excluir la infección por COVID-19.

I have acknowledged in writing of my rights under the privacy practices notice and I authorize the release of information. He recibido por escrito de mis derechos de privacidad y doy mi consentimiento para la publicación de información.

SIGNATURE / FIRMA: _____

DATE / FECHA: _____