



Formulario de Colección de Datos Para Anticuerpos Contra el COVID-19 en Sitios de Autoservicio

Estos datos deben colectarse en todos los pacientes los cuales son examinados a una prueba rápida de anticuerpos COVID-19 en un sitio de autoservicio y sometidos a través del Departamento's sistema de consejería, pruebas y enlace (CTLS).

Fecha de hoy: _____ Nombre de la instalación: _____

¿ Cliente está dispuesto a que el Departamento se comunique con ellos para realizar un seguimiento de las pruebas COVID-19 ? Si No

Apellido: _____ Primer Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____ Condado: _____

Teléfono: _____ Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa): _____

Sexo al nacer: Masculino Hembra Desconocido

Raza: Blanco Negro Indígena Americano/Nativo de Alaska Asiático/Isleño del Pacífico Otro Desconocido

Grupo étnico: Hispano No Hispano Haitiano Ocupación: _____

Exposición de participante/ Factores de riesgo actuales al COVID

- ¿Ha tenido una prueba COVID-19 (hisopo nasal/prueba de saliva, etc.)? Si No
 En caso afirmativo, ¿cuál fue el resultado? Positivo Negativo Inconcluso Pendiente/Desconocido
 Si el resultado fue positivo, ¿fue hospitalizado? Si No
 ¿Le diagnosticaron neumonía? Si (mm/dd/aaaa): _____ No
 ¿Le diagnosticaron síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA)? Si (mm/dd/aaaa): _____ No

2. ¿Ha estado en contacto con alguien que haya tenido COVID-19? Si No

3. Desde marzo 1°, ¿ha viajado (fuera del condado de residencia)? Si No

Si es así, ¿a dónde viajó? _____

4. Desde marzo 1°, ¿ha tenido algún síntoma relacionado con el COVID? Asintomático Fiebre (temp: _____F)

Tos Dolor de garganta Dificultad para respirar Resfriado Dolor muscular Pérdida de sabor u olfato
Dolor de cabeza

Historia médica pasada y riesgo del paciente

- ¿Alguna de las condiciones de salud subyacentes? ninguno fumador actual ex-fumador obesidad
 diabetes asma EPOC enfermedad renal crónica enfermedad crónica del hígado enfermedad cardíaca
 hipertensión neurológico (especifique: _____) inmunocomprometido (especifique: _____)
 otro (especifique: _____)

Por favor, pare aquí

Rapid Test Information

Test kit name: _____ Specimen collection date: _____

Type of specimen collected: Whole blood Finger Stick

Test Result: IgG Positive IgM Positive IgG and IgM Positive Negative Invalid

Client directed to self-isolate? Yes No Client directed to DOH COVID-19 website? Yes No