

Nombre de la Clínica/Instalación: _____
 N.º de Cuenta: _____
 Proveedor(es): _____
 Nombre del Médico: _____ NPI #: _____

Se requiere la información resaltada en ROJO. Adjunte una copia de la identificación del paciente y la tarjeta de seguro.

COVID-19 REQUISITION

1. Datos demográficos del paciente

Apellido: _____	Primer Nombre: _____	Inicial del Segundo Nombre: _____	Raza <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Multirraza <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano u otro Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Se Negó a Responder
Fecha de Nacimiento: _____	Nº de Seguro Social: _____		
Dirección: _____	Ciudad/Estado/Código Postal: _____		
Teléfono: _____	Dirección de Correo Electrónico: _____		
Custodio <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Guardián legal <input type="checkbox"/> Otro adulta/adulto responsable (In Loco Parentis)		Teléfono: _____	
Apellido: _____	Primer Nombre: _____	Inicial del Segundo Nombre: _____	
Género: <input type="checkbox"/> Masculina <input type="checkbox"/> Femenina	Embarazada: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Grupo Etnico: <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino	

2. Información sobre la recolección de muestras

Nombre del Colocador: _____ Fecha de Colección: ____ / ____ / ____

Hora de Recogida: _____ Procedimiento de Recogida: Nasal Oral Nasofaríngeo

No solicite pruebas que no sean necesarias por motivos médicos.

3. Selección de pruebas y selección de códigos de diagnóstico

720100 COVID-19 SARS-COV-2 de RT-PCR U0003

Códigos de DX de COVID-19

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> R05
Tos | <input type="checkbox"/> R50.9
Fiebre, sin especificar | <input type="checkbox"/> Z03.818
Se descartó la posibilidad de un encuentro de observación por una supuesta exposición a otros agentes biológicos. | <input type="checkbox"/> Z20.822
Contacto y (sospecha) exposición a COVID-19 |
| <input type="checkbox"/> R06.02
Dificultad para respirar | <input type="checkbox"/> Z11.52
Encuentro para cribado para COVID-19 | <i>Para los casos en los que hay una preocupación por la posible exposición al COVID-19</i> | |

Libерación de consentimiento/seguro: Yo, el abajo firmante, entiendo y otorgo permiso a Mako Medical Laboratories, LLC para facturar a mi seguro por los servicios de laboratorio prestados. Entiendo que los servicios proporcionados pueden no estar cubiertos por mi seguro. Además, entiendo que puedo ser responsable de los copagos, deducibles y cualquier cantidad no cubierta por mi aseguradora. Al firmar abajo, reconozco que el pago puede ser hecho en mi nombre a Mako Medical Laboratories, LLC. Por medio de la presente autorizo al médico o la clínica que hace el pedido a divulgar cualquier información personal o médica que pueda ser necesaria para procesar los reclamos relacionados con los servicios prestados por Mako Medical Laboratories, LLC y sus afiliados, incluida la información que pertenece a mi participación en el tratamiento de abuso de sustancias. Entiendo que mis registros pueden estar protegidos en virtud del Código de Regulaciones Federales 42, Parte 2, según el cual puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento, excepto hasta el punto que se haya tomado acción al respecto, y que en cualquier caso este consentimiento expira seis (6) meses después de la fecha de alta del programa.

Firma del paciente: _____

Firma del paciente en el archivo

Firma del proveedor: _____