

**USTED DEBE TENER UN NÚMERO MÉDICO DE BETH ISRAEL PARA
SER EXAMINADO. LLAME PARA OBTENER
Registro de pacientes (617) 754-8240**

Complete este formulario. Dáselo a la enfermera cuando venga a tu coche.

Escriba aquí su *número medico*: _____

ESTE NO ES SU NÚMERO DE SEGURO MÉDICO. Los números de otros hospitales (incluso de Lahey) no funcionarán.

¿Cuál es su nombre completo? _____ Cumpleaños: _____

El número de teléfono celular de este paciente: _____

¿ESTÁ COMPLETAMENTE VACUNADO? Por favor circule uno.

I Si I NO I

¿Qué te trae para una prueba? Por favor, marque lo que se aplica a usted

YO ESTOY VIAJANDO

ESTABA EXPUESTO* a alguien con COVID 19 en esta fecha ___ / ___ /2021

TENGO SINTOMAS DE COVID 19: Si es así, ¿qué síntomas tiene? (Círculo abajo)

Dolor de cabeza	Dolor de garganta	Congestion	Dificultad para respirar
Diarrea	Náuseas/ vómitos	Tos	Pérdida del olfato /gusto
Fiebre / escalofríos	Dolor de cuerpo	Fatiga	Presión de pecho

¿Cuánto tiempo ha tenido estos síntomas? _____ **días**

Problemas de salud importantes: _____

OTRAS RAZONES: _____

* Expuesto significa que estuvo a 6 pies de alguien que tiene COVID 19 durante 15 minutos o más con o sin máscara; si estuvo expuesto y está vacunado, no necesita ponerlo en cuarentena a menos que dé positivo en la prueba.

Esta es una prueba de PCR. Los resultados tardan entre 24 y 48 horas. Los resultados llegarán por mensaje de texto a su teléfono celular, desde allí puede imprimir sus resultados que pueden usarse para viajes, trabajo, escuela, etc. Los resultados no se envían automáticamente por correo electrónico. La información sobre nuestro sistema de mensajes de texto se le proporcionará en una hoja de información en el momento de su prueba. Asegúrese de que su nombre y fecha de nacimiento sean correctos en la hoja de información.