

**COVID-19 TEST DURATION CONSENT**

Student ID#: \_\_\_\_\_

**Informação do Aluno**Primeiro Nome do  
Estudante \_\_\_\_\_

Sobrenome do Estudante \_\_\_\_\_

Identificação SIS do  
Estudante \_\_\_\_\_

Endereço Rua do Estudante \_\_\_\_\_

Endereço Cidade do  
Estudante \_\_\_\_\_Endereço  
Estado do  
Estudante \_\_\_\_\_Endereço  
Postal do  
Aluno \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Gênero do Estudante

- Female       Male       Decline to Specify  
 Hispânico ou Latino    Não Hispânico ou Latino  
 Recusar Especificar

Etnia

- Se outro, por favor especifique: \_\_\_\_\_  
 Asiático    Índio asiático    Afro-americano  
 Índio americano    Caucasiano (Branco)

Raça

- Outro \_\_\_\_\_    Recusar Especificar

**Se o estudante for menor de 18 anos**Primeiro Nome do  
Responsável \_\_\_\_\_

Sobrenome do Responsável \_\_\_\_\_

Telefone Celular do  
Responsável \_\_\_\_\_Telefone da  
Residencial  
do  
Responsável \_\_\_\_\_

E-mail do Responsável \_\_\_\_\_

Podemos enviar um e-mail  
para você?

- SIM       Não

Podemos enviar uma  
mensagem de texto para  
você neste número?

- SIM       Não

**COVID-19 TEST DURATION CONSENT**

**Student ID#:** \_\_\_\_\_

Histórico médico:       Diabetes     Pressão alta     Asma     Outro     nenhum

Se for outdo, for favor  
explique

\_\_\_\_\_

Alergias Médicas

\_\_\_\_\_

Ao assinar este formulário, você concorda com o teste semanal COVID-19 até 30 de junho de 2022. Se você se sentir doente, deve procurar atendimento médico o mais rápido possível. Você concorda que as informações neste formulário são precisas e podem receber resultados por e-mail ou texto. Eu entendo que este teste não confirma uma avaliação médica. Você autoriza a JL Hudson Holdings LLC Saint James Health Inc. ou seu cessionário a cobrar sua cobertura de seguro / saúde por esses serviços; Quando disponível. Você nos autoriza a liberar quaisquer informações / registros médicos para cobrança e reembolso às autoridades estaduais / municipais conforme exigido pelas diretrizes estaduais. Se sua seguradora pagar diretamente por nossos serviços, você concorda em nos endossar esse pagamento em até 15 dias após o recebimento. Você consente em permitir que a JL Hudson Holdings LLC ou Saint James Health Inc. compartilhe seus resultados com as Escolas Públicas de Newark.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura do pai / responsável / estudante:

Data

Especifique a relação  
com o menor:

Pai com custódia legal

Guardião com Custódia Legal

**COVID-19 TEST DURATION CONSENT**

Student ID#: \_\_\_\_\_

**SEGURO PRIMÁRIO**

Companhia de seguros \_\_\_\_\_  
numero de membro \_\_\_\_\_  
numero de grupo \_\_\_\_\_  
Relacionamento com o  Próprio  Esposo/a  Criança  
segurado  Outro \_\_\_\_\_  
Nome do titular da \_\_\_\_\_ Data de nascimento  
apólice \_\_\_\_\_ do segurado \_\_\_\_\_  
Endereço do titular da  
apólice \_\_\_\_\_

**SEGURO SECUNDÁRIO**

Companhia de seguros \_\_\_\_\_  
numero de membro \_\_\_\_\_  
numero de grupo \_\_\_\_\_  
Relacionamento com o  Próprio  Esposo/a  Criança  
segurado  Outro \_\_\_\_\_  
Nome do titular da \_\_\_\_\_ Data de  
apólice \_\_\_\_\_ nascimento do  
segurado \_\_\_\_\_  
Endereço do titular da  
apólice \_\_\_\_\_

**NENHUM SEGURO**

Eu, \_\_\_\_\_, atesto que não tenho sem  
título \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Número da Segurança Social \_\_\_\_\_

Afirmo que todas as informações fornecidas neste atestado são verdadeiras, completas e precisas, de acordo com o meu conhecimento.

\_\_\_\_\_  
Assinatura dos pais\_\_\_\_\_  
Data

**COVID-19 TEST DURATION CONSENT**

**Student ID#:** \_\_\_\_\_