

COVID-19 TEST DURATION CONSENT

Student ID#: _____

Informação do AlunoPrimeiro 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 anosPrimeiro 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#: _____