

Student Info

Nombre Del Estudiante _____

Apellido Del Estudiante _____

Fecha de Nacimiento del Estudiante _____

Dirección Domicilio Del Estudiante _____

Ciudad Domicilio _____ Estado _____ ZIP _____

Email _____

Genero del Estudiante Mujer Masculino Declino especificar

Etnia Hispanic or Latino Non-Hispanic or Latino

Declino especificar

Otro _____

Raza Asiático Indio Asiático Afro-Americano

A Indio americano Caucásico (blanco)

Declino especificar

Si el paciente es menor de 18 años

Nombre Del Padre/Tutor _____

Apellido Del Padre/Tutor _____

Número Celular _____ Teléfono _____

Email _____

¿Podemos enviarle un correo electrónico? Si No

¿Podemos enviarle un mensaje de texto a este número? Si No

COVID-19 TEST DURATION CONSENT

Student ID#: _____

Historial médico: Diabetes High Blood Pressure Asma OtroSi otro por favor
explique

Alergias médicas

Al firmar este formulario, usted da su consentimiento para las pruebas semanales de COVID-19 hasta el 30 de junio de 2022. Si se siente enfermo, debe buscar atención médica lo antes posible. Usted acepta que la información en este formulario es precisa y está bien para recibir los resultados por correo electrónico o mensaje de texto. Entiendo que esta prueba no confirma una evaluación médica. Usted autoriza a JL Hudson Holdings LLC Saint James Health Inc. o su cesionario a facturar a su seguro / cobertura de salud por estos servicios; Cuando esté disponible. Usted nos autoriza a divulgar cualquier información / registros médicos para facturación y reembolso a las autoridades estatales / del condado según lo exigen las pautas estatales. Si su compañía de seguros le paga directamente por nuestros servicios, usted acepta endosarnos ese pago dentro de los 15 días posteriores a la recepción. Usted da su consentimiento para permitir que JL Hudson Holdings LLC o Saint James Health Inc. compartan sus resultados con las Escuelas Públicas de Newark.

Firma del padre / tutor / paciente:

Fecha

Especifique la relación
con el menor: Nombre de Padre con la
custodia legal Nombre del Guardian con la
custodia legal**SEGURO PRIMARIO**

Compañía de seguros

Member ID:

Identificación de grupo

Relación con el
asegurado Uno mismo Esposo (a) Hijo (a) Otro:Nombre del titular de la
póliza

Titular de la
póliza Fecha
de
nacimiento

Dirección del titular de la
póliza

SEGURO SECUNDARIO

Compañía de seguros _____

Member ID: _____

Identificación de grupo _____

Relación con el asegurado Uno mismo Esposo (a) Hijo (a)

Otro: _____

Nombre del titular de la póliza _____ Titular de la póliza Fecha de nacimiento _____

Dirección del titular de la póliza _____

NO TENGO SEGURO

I, _____, Doy fe de que no estoy asegurado a partir de: ____/____/____

Número de seguridad social _____

Afirmo que toda la información proporcionada en esta certificación es verdadera, completa y precisa de acuerdo a mi conocimiento.

Firma de los padres Fecha