

COVID-19 SCREENING TRIAGE AND TESTING

REVISED 08/02/2021

OFFICE USE ONLY
TEMP: _____ *Pulse Ox: _____

PATIENT CELL PHONE NUMBER: _____

PATIENT NAME: _____ DOB: _____ TODAY'S DATE: _____

SCREENING QUESTIONS:

- Yes No Have you received the COVID-19 Vaccine? If Yes, What Vaccine? _____ Date of last dose: _____
- Yes No Have you had a confirmed positive COVID-19 test? If Yes, When? _____ was it a PCR or Rapid Antigen
- Yes No Have you been sick with COVID-19 in the past? If Yes, What date did you start symptoms? _____
- Yes No Have you been in contact with someone known to have COVID-19? If Yes, DATE OF EXPOSURE: _____
Explain the exposure to COVID-19: _____
- Yes No Have you been told by a public health official that you may have been exposed to COVID-19?
- Yes No **Do you have any of the following symptoms?** Date Symptoms started: _____ **Check all that apply:**
- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fever | <input type="checkbox"/> Headache | <input type="checkbox"/> *Shortness of breath |
| <input type="checkbox"/> Cough | <input type="checkbox"/> Sore throat | <input type="checkbox"/> OR difficulty breathing |
| <input type="checkbox"/> Chills | <input type="checkbox"/> Congestion or Runny Nose | <input type="checkbox"/> *Persistent pain or pressure in chest |
| <input type="checkbox"/> Repeated shaking with chills | <input type="checkbox"/> Nausea or Vomiting | <input type="checkbox"/> *Deep Fatigue |
| <input type="checkbox"/> Muscle pain or Body aches | <input type="checkbox"/> Diarrhea | <input type="checkbox"/> *New Confusion |
| | <input type="checkbox"/> New loss of taste or smell | <input type="checkbox"/> *Bluish lips or face |
- Yes No **Do any of these apply to you? If Yes, Check all that apply:**
- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Are you 65 years old or older | <input type="checkbox"/> have Cardiac disease (e.g. coronary artery disease, valvular disease, congestive heart failure) | <input type="checkbox"/> Pulmonary disease (e.g. asthma, chronic obstructive pulmonary disease) |
| <input type="checkbox"/> Have Immunosuppression | | |
| <input type="checkbox"/> Have Diabetes | | |

COMPLETE THIS SECTION ONLY IF YOU ARE HERE FOR COVID TESTING:

Please read the following and choose a test type below.

Note: No COVID test is 100% accurate, the rapid test gives results in 15 minutes, but if you have had symptoms for more than 5 days, and the result is negative you may need another COVID-19 test and evaluation by a provider to make a clinical diagnosis of COVID-19, or other infection eg. Flu, sinusitis, URI, or other illness.

INSURANCE: ID # _____ CARRIER: _____

NO Insurance: \$70 VISIT CHARGE

Which COVID TEST is right for you?

- RAPID **\$20.00 - NOT covered by insurance.**
- IF NOT symptomatic we suggest doing the PCR send out test.
- IF you have insurance we recommend that you do a PCR send out in addition to your Rapid Test with the contracted laboratory. Your insurance will cover the PCR test at no extra cost to you.
- PCR **Test is covered by Insurance and covered by CARES Act for uninsured patients.**
-Test is more sensitive/accurate.
- Result times vary depending on the insurance contracted lab and volume of testing. (Results usually in 2-7 days)
- ANTIBODY **\$95.00 IF NOT COVERED BY INSURANCE.** Covered by most insurances. Results in 2-5 days.
-This test is a blood draw done at least 15 days after symptom onset.
-It gives information about whether your body has made SARS Co-V 2 IgM and IgG antibodies.
-A patient without antibodies may not have had COVID-19 and may be at risk of infection.

RAPID COVID TESTING: I HAVE RECEIVED AND READ THE FACT SHEET FOR THE RAPID TEST: _____

SIGNATURE

PATIENT SIGNATURE: _____

REVIEWED BY
PROVIDER SIGNATURE:

Fecha de Nacimiento:

Nombre del Paciente:

Edad:

¿Está su consulta relacionada con: Lesión laboral Accidente Accidente vehicular Otro:

MOLESTIA PRINCIPAL: ¿Cuál es el motivo principal de su consulta el día de hoy

¿Cuál es su farmacia preferida?

Phone: _____ Fax _____

Nombre:

Dirección:

Ciudad:

REVIEW OF SYSTEMS

A tenido o tiene alguno de lo siguiente?

CONSTITUCIONAL:	<input type="checkbox"/> Cambio en apetito	<input type="checkbox"/> Escalofrío	<input type="checkbox"/> Debilidad o Fatiga	<input type="checkbox"/> Fiebre
<input type="checkbox"/> Ninguno de estos	<input type="checkbox"/> Sudores	<input type="checkbox"/> Perdida de peso		
OJOS Y VISION	<input type="checkbox"/> Vision borrosa o doble	<input type="checkbox"/> Lentes de contacto	<input type="checkbox"/> Secrecion ocular	<input type="checkbox"/> Dolor en el ojo
<input type="checkbox"/> Ninguno de estos				
OIDOS, NARIZ , GARGANTA	<input type="checkbox"/> Mareos	<input type="checkbox"/> Dolor de oido	<input type="checkbox"/> Congestion Nasal	<input type="checkbox"/> Secrecion nasal
<input type="checkbox"/> Ninguno de estos	<input type="checkbox"/> Estornudos	<input type="checkbox"/> Dolor en la garganta		
CARDIOVASCULAR / CORA	<input type="checkbox"/> Dolor de pecho o prec	<input type="checkbox"/> Desmayos	<input type="checkbox"/> Latidos irregulares del corazon	
<input type="checkbox"/> Ninguno de estos				
RESPIRATORIO / PULMON	<input type="checkbox"/> Congestion	<input type="checkbox"/> Tos	<input type="checkbox"/> Falta de aliento	<input type="checkbox"/> Resollar
<input type="checkbox"/> Ninguno de estos				
SISTEMA GASTROINTESTIN	<input type="checkbox"/> Dolor Abdominal	<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Nausea	<input type="checkbox"/> Cambios Urinario/ habitos intestinales
<input type="checkbox"/> Ninguno de estos	<input type="checkbox"/> Vomito			
GENITOURINARIO	<input type="checkbox"/> Desecho	<input type="checkbox"/> Orina frecuentemente	<input type="checkbox"/> Orina por la noche	<input type="checkbox"/> Dolor o ardor cuando or
<input type="checkbox"/> Ninguno de estos				
SISTEMA MUSCULOESQUE	<input type="checkbox"/> Dolor en las coyuntura	<input type="checkbox"/> Dolor de Musculo	<input type="checkbox"/> Hinchazon	
<input type="checkbox"/> Ninguno de estos				
PIEL	<input type="checkbox"/> Moretea facilmente	<input type="checkbox"/> Zarpullido/ Comezon	<input type="checkbox"/> Rojez	<input type="checkbox"/> Llaga en la piel
<input type="checkbox"/> Ninguno de estos				
NEUROLOGICO	<input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza	<input type="checkbox"/> Mareos	<input type="checkbox"/> Adormecimiento	<input type="checkbox"/> Problemas de Equilibrio
<input type="checkbox"/> Ninguno de estos	<input type="checkbox"/> Hormigueo	<input type="checkbox"/> Debilidad		
PSIQUIATRICO	<input type="checkbox"/> Ansiedad/ Nervios	<input type="checkbox"/> Historial de Depresion		
<input type="checkbox"/> Ninguno de estos				
SISTEMA ENDOCRINO	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Hiper o hipotiroidismo	<input type="checkbox"/> Intolerancia al frio o calor	
<input type="checkbox"/> Ninguno de estos				
HEMATOLOGICA/ TRASTO	<input type="checkbox"/> Infecciones frecuentes	<input type="checkbox"/> Hinchazon de glandulas		
<input type="checkbox"/> Ninguno de estos				
SISTEMA INMUNOLOGICO	<input type="checkbox"/> Fiebre del heno o aler	<input type="checkbox"/> Alergia a los alimentos		
<input type="checkbox"/> Ninguno de estos				
Otro:				

PAST MEDICAL HISTORY

SI No	De que alergias padece:
<input type="checkbox"/>	Allergias (specify):
Que medicamentos toma:	
<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	4
<input type="checkbox"/>	5
SI No	Padece de lo siguiente ?
<input type="checkbox"/>	Cancer (que tipo):
<input type="checkbox"/>	Asma:
<input type="checkbox"/>	Enfermedad del Corazon:
<input type="checkbox"/>	Ataque Fulminante:
<input type="checkbox"/>	Deprecion / Ancieda:
<input type="checkbox"/>	Diabetes:
<input type="checkbox"/>	Hiperlipidemia:
<input type="checkbox"/>	Hipertension:
<input type="checkbox"/>	Hipotiroidismo:
<input type="checkbox"/>	Algun Otro:
SI No	A tenido operaciones o sirugias?
<input type="checkbox"/>	Operaciones o Sirugias (especificue):

SI No	Does your family have any of the following?
<input type="checkbox"/>	Enfermedades de la Sar <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre
<input type="checkbox"/>	Cancer o Leucemia: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre
<input type="checkbox"/>	Diabetes: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre
<input type="checkbox"/>	Enfermedad del Corazon <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre
<input type="checkbox"/>	Alta Precion: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre
<input type="checkbox"/>	Ataque Fulminante: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre
<input type="checkbox"/>	Enfermedad Mental: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre
SI No	Do you use alcohol, drugs or smoke?
<input type="checkbox"/>	Uso de Tabaco: Cuanto ? _____ por semana.
<input type="checkbox"/>	Consumo alcohol: Cuanto ? _____ por semana.
<input type="checkbox"/>	Usa Drogas: Describe el uso y tipo: _____.
SI No	Are you employed?
<input type="checkbox"/>	Cuanto tiempo tiene trabajando?
<input type="checkbox"/>	Capacidad?
SI No	Menstrual History (woman):
<input type="checkbox"/>	Esta embarazada?
<input type="checkbox"/>	Fecha de ultimo ciclo menstrual
<input type="checkbox"/>	Fecha de la ultima prueba de papanicolaou?
Otro:	
<input type="checkbox"/>	Mano dominante? <input type="checkbox"/> Zurdo <input type="checkbox"/> Derecho
<input type="checkbox"/>	Fecha de la ultima prueba de tetanos?

Paciente Firma: _____

Fecha: _____

MEDICAL ASSISTANT TO COMPLETE:

PATIENTS CHIEF COMPLAINT:

HEIGHT: _____ WEIGHT: _____ TEMP: _____ BP: _____ PULSE: _____ PO% _____ RESP: _____ Vision: L Cor _____ R Cor _____ L UnCor _____ R UnCor _____

EXAM ROOM # _____

MA NAME/INITIALS: _____

RECEPCIÓN: ARCHIVE ESTE FORMULARIO EN LA PARTE DERECHA DEL EXPEDIENTE CON LAS NOTAS DE PROGRESO.

FORMULARIO QUE SE DEBE LLENAR EN CADA VISITA

Fecha de servicio: _____

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____ Fecha: _____
segundo nombre de nacimiento

MOLESTIA PRINCIPAL: ¿Cuál es el motivo principal de su consulta el día de hoy? _____

¿Está su consulta relacionada con: [] Lesión laboral [] Accidente [] Accidente vehicular [] Ninguno

INSTRUCCIONES DE SEGUIMIENTO CON EL MÉDICO DE CABECERA EN EMERGENCIAS

Entiendo que debo hacer una consulta de seguimiento con mi médico de cabecera mañana por causa de esta enfermedad/lesión y que debo ir a la sala de emergencias si mi condición empeora.

Me médico de cabecera es: _____ Número de teléfono: _____

Firma autorizada del paciente/tutor/adulto acompañante

Fecha

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO

Yo, por la presente, doy mi consentimiento para que el personal médico de esta oficina me examine, me haga pruebas, y/o me proporcione tratamiento que pudiera incluir tratamiento médico o cirugía menor, tratamiento de emergencia, y análisis de laboratorio. Entiendo que este consultorio médico pudiera utilizar o divulgar información médica confidencial (PHI por sus siglas en inglés) necesaria para llevar a cabo el tratamiento, pago, o servicios médicos. Yo autorizo la divulgación de cualquier información concerniente a la salud, consulta, y tratamiento de mi hijo/a o mío con el propósito de evaluar y administrar los reclamos de beneficios del seguro. Yo, por la presente autorizo al consultorio a administrar, recetar por escrito o electrónicamente mis medicamentos. Para propósitos de tratamiento, este consultorio puede solicitar y utilizar mi historial de recetas médicas de otros proveedores de servicios de salud o de otros pagadores de beneficios farmacéuticos. Reconozco que si el proveedor ordena pruebas de laboratorio adicionales, los especímenes que se recojan se enviarán a un laboratorio local para su análisis. El consultorio enviará la información de quién se hará cargo del pago al laboratorio y reconozco con mi firma a continuación que yo soy responsable por los gastos incurridos por estos servicios y recibiré un cobro por separado del laboratorio. Entiendo que pudiera haber una porción del costo del equipo médico duradero que no esté cubierta por mi seguro y yo seré responsable de pagar el balance. Notificaré al personal si hay alguna barrera de comunicación efectiva o de educación que impida que yo entienda la información que se me dé sobre mi estado de salud, tratamiento, o el proceso de toma de decisiones, como por ejemplo el hablar otro idioma, sufrir de una deficiencia del habla, tener dificultades para leer o escribir, o el no poder comprender instrucciones verbales.

Firma autorizada del paciente/tutor/adulto acompañante

Fecha

RECONOCIMIENTO DE NOTIFICACION DE LA POLÍTICA DE PRIVACIDAD (NPP POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

Se le proporciona a todos los pacientes la notificación de la política de privacidad (NPP por sus siglas en inglés). Esta NPP identifica: 1) Cómo se podría usar o divulgar su información médica; 2) su derecho a tener acceso y modificar su información médica, a solicitar una conteo de las divulgaciones de su información médica, y a solicitar restricciones de divulgación de esta información; 3) su derecho a presentar una queja si usted cree que se ha violado su derecho a la privacidad; 4) nuestra responsabilidad como sus representantes médicos a respetar su privacidad.

Se me ha ofrecido y he leído la copia de la notificación de la política de privacidad, los derechos y las responsabilidades del paciente, y la política de pago del paciente de este consultorio.

Firma autorizada del paciente/tutor/adulto acompañante

Fecha

Nota: La solicitud de divulgación de expedientes médicos se pude obtener en recepción.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____ Fecha: _____
segundo nombre de nacimiento
[] Hombre [] Mujer Edad: ____ # Seguro Social: ____ - ____ - ____ # Licencia: _____ Estado: _____ Cad: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono del Celular: _____ Teléfono de la casa: _____ Teléfono del trabajo: _____
Estado civil: [] Soltero/a [] Divorciado/a [] Viudo/a [] Casado/a – Nombre del esposo/a: _____ # Tel: _____
Raza: [] Blanca [] Negra [] Hispana [] Asiática [] Otra: _____ **Etnicidad:** [] No Hispano [] Hispano
Idioma a preferir: [] Inglés [] Español [] Otro: _____ ¿Es esta su primera consulta en esta oficina?: [] Si [] No
¿A quién debemos agradecer por haberlo/a referido a nuestro consultorio?: [] Familiar/amigo _____ [] Doctor
[] Compañía de seguros [] Anuncio [] Otro: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación con el paciente: _____
Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación con el paciente: _____

PARTE RESPONSABLE/AVAL – (si no es el paciente – también para pacientes menores de 18 años de edad)

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____ Fecha: _____
segundo nombre de nacimiento
Dirección Postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono: _____ # Seguro Social: ____ - ____ - ____ Relación con el paciente: _____
Aparte del paciente/la persona responsable, con quién podemos hablar sobre cualquier pregunta relacionada con las facturas de su cuenta Sunrise? Nombre o N/A: _____ Teléfono: _____ Fecha: _____
de nacimiento

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

[] Pago propio/Sin seguro [] Pago propio (No cobrar al seguro)
[] Se proporcionó la tarjeta – **Seguro médico principal:**
Compañía: _____ # de póliza: _____ # de grupo: _____
Nombre del titular: _____ Fecha de nacimiento: _____ Relación con el paciente: _____
[] Se proporcionó la tarjeta – **Seguro médico secundario:**
Compañía: _____ # de póliza: _____ # de grupo: _____
Nombre del titular: _____ Fecha de nacimiento: _____ Relación con el paciente: _____

VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Yo verifico que la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Yo les notificaré de cualquier cambio en la información anteriormente mencionada. Por la presente autorizo a este consultorio a aceptar la asignación de beneficios del seguro y entiendo que me haré responsable de los copagos y deducibles de los seguros en el momento de la visita. Entiendo que si mi seguro pertenece a un plan no contratado (fuera de la red) el consultorio presentará un reclamo de cortesía por los servicios prestados. En el caso de que no tenga seguro médico, entiendo que los honorarios se deben pagar en su totalidad en el momento de la visita. Entiendo que cualquier balance anterior que se deba al consultorio se cobrarán en el momento de la registración. Entiendo y estoy de acuerdo que, independientemente del estado de mi seguro médico, yo soy responsable en última instancia por el balance total de mi cuenta por los servicios que se me hayan prestado.

Firma autorizada del paciente/tutor/adulto acompañante

Fecha

POLITICA FINANCIERA

Nos comprometemos a proporcionarle el mejor cuidado posible. Para poder alcanzar esta meta, necesitamos que nos ayude y que entienda nuestra política financiera.

1. El pago por servicios se debe hacer en el momento en que se presten estos servicios a no ser que nuestro personal verifique por adelantado elegibilidad y beneficios del seguro médico. A pesar de que haremos todo lo posible por verificar los beneficios en el momento de la consulta, habrán circunstancias como diferentes zonas horarias y/o noches, fines de semana, y días festivos en que las compañías aseguradoras estén por lo general cerradas y el personal no podrá verificar los beneficios.
2. En el caso de que nuestro personal no pueda verificar sus beneficios del seguro médico por alguna de las circunstancias anteriormente mencionadas, nuestro consultorio, como cortesía, hará una excepción a la política financiera únicamente después de que usted este de acuerdo y firme un formulario de pre-autorización de pago. Una vez que se obtenga la verificación del seguro al día siguiente, cargaremos su tarjeta de crédito con la porción correspondiente al paciente. Copagos todavía se deberán pagar en el momento que se presten los servicios y quedan omitidos de esta excepción.
3. Algunas compañías de seguro seleccionan arbitrariamente ciertos servicios que deciden no cubrir. Usted será responsable por todos los "servicios no cubiertos" de acuerdo a las provisiones de la póliza de su compañía de seguros.
4. Los doctores solamente se encargan de asuntos médicos. Los asuntos financieros se deberán tratar exclusivamente con el departamento de cobros y/o el/la gerente de la oficina.
5. El centro médico Sunrise acepta pagos en cheque. Por favor tenga en cuenta que si su cheque se devuelve por no tener suficientes fondos usted autoriza a que retire o se transfiera electrónicamente la cantidad del cheque mas cualquier recargo pertinente. El uso de un cheque como pago sirve como reconocimiento y aceptación de los términos y condiciones de esta política.
6. Los cheques que se devuelvan y/o los balances de más de 30 días podrían quedar sujetos a recargos adicionales de cobro y/o interés del 1.5% por mes.
7. El personal de Sunrise estará gustoso de discutir con usted el tratamiento propuesto y a contestar cualquier pregunta que usted pueda tener sobre su seguro médico.

***POR FAVOR RECUERDE QUE EL LABORATORIO QUE REALICE LOS ANALISIS DE LOS ESPECÍMENES QUE SEAN ENVIADOS A LABORATORIOS INDEPENDIENTES COBRARÁ DIRECTAMENTE AL PACIENTE POR ESTE SERVICIO POR LO QUE ESTO NO ESTÁ INCLUIDO EN NUESTROS HONORARIOS.**

Queremos recalcar que, como proveedores de servicios de salud nuestra relación es con usted y no con su compañía de seguros. Aunque nosotros remitimos reclamos al seguro como parte de los servicios que ofrecemos a nuestros pacientes, el balance los servicios prestados es su responsabilidad. Si se encuentra en dificultades financieras, le animamos a que se ponga en contacto con el departamento de cobros inmediatamente para que le ayuden a manejar su cuenta.

Si tiene alguna pregunta sobre la información anterior o si no está muy seguro de su cobertura médica, POR FAVOR no dude en ponerse en preguntarnos.

Firma autorizada del paciente/tutor/adulto acompañante

Fecha

DECLARACIÓN DE DIVULGACIÓN DE PARTICIPACIÓN FINANCIERA

De acuerdo a los artículos 650.02 (f) y 654.2 del Código Comercial y Profesional de California, y al artículo 139.3 del Código laboral que requiere la divulgación de participación financiera, el **DR. WILLIAM H. NUESSE** y la **OSTEÓPATA MARY-ANN NUESSE** le informan a sus pacientes que son accionistas de **DR. WILLIAM H. NUESSE y OSTEÓPATA MERY-ANN NUESSE, SOCIEDAD ANÓNIMA**, que realiza sus negocios bajo el nombre de **SUNRISE MULTISPECIALIST MEDICAL CENTER**. Por la presente ellos informan que Sunrise Multispecialist Medical Center proporciona servicios médicos a sus pacientes. Además, como parte de su práctica médica de rutina, **SUNRISE MULTISPECIALIST MEDICAL CENTER** proporciona a sus pacientes medicina física, rayos X y servicios limitados de laboratorio. A usted se le podría remitir a los servicios de medicina física, rayos X, y a algunos servicios de laboratorio y procedimientos médicos en el mismo consultorio si fuera necesario. Si usted especifica lo contrario usted pudiera recibir los servicios de medicina física, rayos X, servicios de laboratorio y procedimientos médicos relacionados que ofrezca cualquier proveedor de servicios de salud de su elección.

Yo, por la presente, reconozco que se me ha informado de la participación financiera y de que podría recibir servicios de medicina física, rayos X, laboratorio, y otros procedimientos médicos relacionados que proporcione cualquier otro proveedor de servicios de salud de mi elección.

Firma autorizada del paciente/tutor/adulto acompañante

Fecha

HISTORIAL MÉDICO