



Servicios de Salud Pública del Condado de San Benito



COVID-19 Formulario de Informe de Prueba Rápida

Información para la persona que está siendo examinada

Nombre:

Teléfono:

Fecha de la prueba (mm/dd/aaaa):

Sexo:

Fecha de inicio de los síntomas (mm/dd/aaaa):

Ninguna

Dirección:

Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa):

Fecha de exposición (mm/dd/aaaa):

No Aplica

Idioma principal (marque uno):

- Inglés
 Español
 Otro (especifique):

Etnicidad (marque uno):

- Hispano/Latino
 No-Hispano/No-Latino
 Desconocido

Raza (seleccione todas la que correspondan):

- Blanco Afroamericano/negro
 Asiático Indio Americano/Nativo de Alaska
 Isleño del Pacífico Otro (especificar):
 Desconocido

Síntomas (seleccione todas la que correspondan):

- Fiebre (>100.4°F, 38°C) Dolor abdominal Escalofrió Falta de aliento
 Fiebre subjetiva (febril) Diarrea Letargo/fatiga Dificultad para respirar
 Tos Dolor de cabeza Perdida de apetito Hallazgo dermatológico
 Dolor de garganta Nausea Perdida del gusto Otro (especificar):
 Dolor de cuerpo Vomito Nariz que moquea

Condiciones Crónicas (seleccione todas la que correspondan):

- Ninguno Neurológico/neurodesarrollo
 Desconocido Obesidad
 Asma Enfermedad crónica del hígado
 Enfermedad cardiovascular Inmunocomprometido
 Enfermedad pulmonar Cáncer
 Derrame cerebral, TVP Fumador actual
 Hipertensión Ex fumador
 Diabetes Embarazada
 Enfermedad renal crónica Otro (especificar):

Historial de Vacunas ¿La persona ha recibido la vacuna del COVID-19?

- Sí No Desconocido

Fecha de la primera dosis:

(mm/dd/aaaa)

Dosis #1 Tipo:

- Moderna Desconocido
 Pfizer Otro:

Fecha de la segunda dosis:

(mm/dd/aaaa)

Dosis #2 Tipo:

- Moderna Desconocido
 Pfizer Otro:

Fecha de la tercera dosis:

(mm/dd/aaaa)

Dosis #3 Tipo:

- Moderna Desconocido
 Pfizer Otro:

Empleador/Agencia:

Dirección:

Nombre de la persona que completa el formulario:

Numero de teléfono:

Tipo de prueba:

- Abbott BinaxNOW
 BD Veritor
 Quidel Sofia
 Desconocido
 Otro:

Resultado de la prueba:

- Negativo
 Positivo
 Indeterminado
 No a tomado la prueba

POR FAVOR ENVIE ESTE

**FORMULARIO A:
covid@cosb.us**

**O MANDE POR FAX:
Attn: Epidemiology
(831) 637-9073**