



## Sección 1: TODOS Los Pacientes Completar

Al firmar a continuación, Reconozco que he leído y recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad (NPP) de CHC. Entiendo que también puedo revisar el NPP en línea en el sitio web de CHC en [www.chc1.com](http://www.chc1.com).

Fecha: \_\_\_\_\_

**Doy mi consentimiento para que me realicen la prueba del COVID**

Recibe resultados rápidamente por mensaje de texto!

Móvil / Celular #: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_



**Abra la aplicación de la cámara y escanee el código QR para ver el aviso de CHC de Privacidad Practicas**

**Si quiere una copia en papel, póngátenos hoy.**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Apellido del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento (mm/dd/aa): \_\_\_\_\_

Teléfono Residencial #: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/ Código Postal: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

## Sección 2: SOLO Pacientes Nuevos Completar Las Secciones 2 & 3

**Sexo**  Masculino  Femenino  Otro

Negro u Afro-Americano

Indio Americano o Nativo de Alaska

Asiático  Blanco

Hispanic or Latino

No Hispano o Latino

**Raza**  Nativo de Hawaii u Otras Islas del Pacífico

Declinar  No Específico

Otro \_\_\_\_\_

**Etnia**

Declinar

No Específico

Otro \_\_\_\_\_

## Sección 3: Información Del Pariente / Guardián

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Teléfono Residencial #: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento (mm/dd/aa): \_\_\_\_\_

Firma del Pariente/Guardián: \_\_\_\_\_