



DAILY PLANET HEALTH SERVICES
REGISTRO PARA EXAMEN Y PRUEBAS DE COVID

**ANTES DE COMPLETAR ESTE FORMULARIO,
POR FAVOR REGÍSTRESE EN NUESTRO SITIO WEB:
DAILYPLANETVA.ORG**

APELLIDO		NOMBRE		I.
FECHA DE NACIMIENTO: (MES/DIA/AÑO)	SSN	NÚMERO DE TELÉFONO		
DIRECCIÓN	CIUDAD/ESTADO/ZIP		CORREO ELECTRÓNICO	
NOMBRE CONTACTO DE EMERGENCIA	NÚMERO DE TELÉFONO		RELACIÓN	
INFORMACIÓN ADICIONAL:				
RAZA (S) - MARQUE TODAS LAS QUE APLICAN: <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico				
Etnia: <input type="checkbox"/> Hispana/o <input type="checkbox"/> No hispana/o		Idioma principal: <input type="checkbox"/> inglés <input type="checkbox"/> español <input type="checkbox"/> Otro		
Sexo asignado al nacer: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino				
Orientación sexual: <input type="checkbox"/> Heterosexual (heterosexual) <input type="checkbox"/> Lesbiana o gay <input type="checkbox"/> Bisexual <input type="checkbox"/> Algo más <input type="checkbox"/> No sé				
Identidad de género: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre transgénero / Hombre transgénero <input type="checkbox"/> Mujer transgénero / Mujer transgénero <input type="checkbox"/> Otro				
¿Estas sin hogar?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Vives en una vivienda pública?: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Referido por: _____
INFORMACIÓN DEL SEGURO:				
¿Tienes seguro médico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicaid MCO <input type="checkbox"/> Medicare		
Relación con el titular de la póliza: <input type="checkbox"/> Yo mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro _____		<input type="checkbox"/> VA Healthcare <input type="checkbox"/> Private <input type="checkbox"/> Other _____ (Please have your insurance card available)		
INGRESO DEL HOGAR: incluye todas las fuentes, incluidas, entre otras, empleo, beneficios por desempleo, SSI / SSDI, beneficios para veteranos, pensión, jubilación, TANF, manutención infantil, pensión alimenticia				
Ingreso total del hogar: \$ _____ <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Quincenalmente <input type="checkbox"/> Quincenalmente				
Número total de personas en el hogar (incluido usted mismo): _____				
Por la presente certifico que toda la información proporcionada en este formulario es verdadera. Entiendo que esta solicitud será revisada en cada visita y que se requiere prueba de ingresos anualmente y a medida que cambien los ingresos. Además, entiendo que, si corresponde, debo proporcionar prueba de la falta de vivienda inicialmente, mensualmente y cuando cambien mis circunstancias. Entiendo que si doy información falsa, retengo información o no informo mis ingresos, podría ser procesado por perjurio, hurto y / o fraude.				
_____ Firma del paciente		_____ Nombre impreso		_____ Fecha



Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Daily Planet Health Services

Consentimiento para Tratamiento, Reconocimiento de Prácticas de Privacidad y Acuerdo de responsabilidad financiera

Gracias por elegir a Daily Planet Health Services (DPHS) como su hogar de salud. Estamos comprometidos a brindarle atención y servicio de alta calidad. Lea la información a continuación y firme este formulario antes de recibir cualquier servicio de DPHS.

Consentimiento para Tratamiento

- Autorizo el tratamiento médico por parte del proveedor, el personal clínico y los empleados técnicos asignados a mi cuidado.
- Autorizo a mis proveedores a solicitar cualquier servicio auxiliar, como pruebas de laboratorio o radiología, o cualquier otro servicio o tratamiento que se considere necesario para mi cuidado y seguridad.
- Entiendo que tengo el derecho y la oportunidad de discutir planes de tratamiento alternativos con mi proveedor y preguntar y haber respondido a mi satisfacción cualquier pregunta o inquietud antes de que se proporcione el tratamiento.
- En el caso de que un trabajador de la salud esté expuesto a mi sangre o fluido corporal de una manera que pueda transmitir el VIH, el virus de la hepatitis B o el virus de la hepatitis C, doy mi consentimiento para analizar mi sangre y / o fluidos corporales para detectar estas infecciones y El informe de los resultados de mi prueba al trabajador de la salud que ha estado expuesto, como lo exige la ley de Virginia
- Entiendo que Daily Planet Health Services utiliza un mecanismo de prescripción electrónica para la transmisión electrónica de prescripciones y que cualquier medicamento que mi proveedor me recete puede comunicarse electrónicamente a través de cualquier farmacia local o de pedidos por correo que haya designado.
- Entiendo que los proveedores de Daily Planet Health Services pueden acceder a la información de recetas contenida en el programa Virginia Prescription Monitoring.
- Autorizo la divulgación de mi historial de recetas a mi proveedor de Daily Planet Health Services de cualquier farmacia o agencia de monitoreo de medicamentos.
- Entiendo que existen formularios de consentimiento adicionales para los servicios de salud del comportamiento y dentales cuando se registra para esos servicios.

Reconocimiento escrito de HIPAA

Nuestro Aviso de prácticas de privacidad explica cómo podemos usar y divulgar su atención médica y su información de facturación. Según lo dispuesto en nuestro Aviso de prácticas de privacidad, los términos de nuestro aviso pueden cambiar. Si cambiamos nuestro aviso, puede obtener una copia revisada en nuestro sitio web en: www.dailyplanetva.org

- Se me ha dado la oportunidad de leer el Aviso de prácticas de privacidad y hay una copia disponible a mi solicitud.
- Entiendo que puedo hacer preguntas si no entiendo la información contenida en el Aviso de prácticas de privacidad.
- Con mi consentimiento, Daily Planet Health Services puede:
 - Llamar a mi casa u otra ubicación designada, enviar texto u otra comunicación electrónica que figura en los formularios de registro y deje un mensaje detallado en referencia a **recordatorios de citas, seguros o artículos de facturación.**
 - Llamar a mi casa u otra ubicación designada, enviar texto u otra comunicación electrónica que figura en los formularios de registro y deje un mensaje detallado en referencia a **atención clínica, incluyendo resultados de laboratorio o medicamentos.**



Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

- Entiendo que tengo la opción de autorizar a Daily Planet Health Services para que hable con sus familiares u otras personas sobre los resultados, hallazgos y decisiones de atención. Autorizo a Daily Planet Health Services a comunicarse con las personas que se enumeran a continuación. Entiendo que puedo revocar o modificar esta autorización en cualquier momento presentando una solicitud por escrito.

Nombre	Relación	Número de contacto

Responsabilidad Financiera

Acepto que soy financieramente responsable de todos los servicios prestados en mi nombre por los cuales puede estar asociado un cargo. Acepto la responsabilidad personal por el pago de tarifas, copagos, coseguros, deducibles y todos los demás procedimientos o tratamientos no cubiertos por mi plan de seguro. Reconozco que es mi responsabilidad proporcionarle al DPHS información actualizada sobre el seguro. Autorizo a DPHS a verificar mi seguro y presentar reclamos a mi compañía de seguros. Entiendo que no todos los servicios provistos en DPHS pueden estar cubiertos por mi plan de seguro. En el caso de que mi plan de seguro no sea válido o la cobertura no esté activa en el momento en que se prestan los servicios, o si mi proveedor no figura en la lista de proveedores participantes de mi plan de seguro, seré el único responsable del monto de los servicios prestados. Acepto informar a la oficina sobre cualquier cambio en mi cobertura de seguro.

Entiendo que si mis ingresos están por debajo del 200% de las Pautas Federales de Pobreza, soy elegible para presentar una solicitud para el Programa de Descuento de Tarifa Deslizante del DPHS, reduciendo mi responsabilidad financiera en función del tamaño de mi familia y mis ingresos. Este descuento puede aplicarse a los copagos, coseguros y deducibles del seguro, así como a los autopagos. Para calificar, debo presentar prueba de ingresos. Esto debe proporcionarse dentro de los 30 días posteriores al registro. Después de 30 días, sin comprobante de ingresos, puedo ser responsable de pagar el costo total del servicio. Estoy de acuerdo en notificar a DPHS sobre cualquier cambio en mis ingresos o estado familiar al momento de los servicios.

Entiendo si tengo seguro o pago propio, soy financieramente responsable de los costos asociados con el cobro de saldos de pacientes. Reconozco que DPHS acepta pagos en efectivo, deudas o tarjetas de crédito, cheques o giros postales.

Derechos y responsabilidades del paciente

Es la póliza de Daily Planet Health Services (DPHS) apoyar y proteger los derechos humanos, civiles, constitucionales y estatutarios fundamentales de cada persona que recibe sus servicios de atención médica. Además, se informará a cada paciente de sus derechos en el idioma que el cliente comprenda. Puede solicitar una copia impresa en cualquier momento u obtener una copia revisada en nuestro web en: www.dailyplanetva.org.

Al firmar a continuación, reconozco que he leído, entiendo y acepto los elementos anteriores.

Firma del paciente o representante autorizado

Nombre Impreso

Fecha



Comprobante de Ingresos e Información de Copagos

La misión de Daily Planet Health Services es proporcionar servicios de salud accesibles y de calidad independientemente de su capacidad de pago. Se utiliza un programa de descuento de tarifa variable para determinar el programa de tarifas de los servicios. Este Programa se basa en las pautas federales de ingresos por pobreza y está determinado por la familia / hogar y el ingreso anual. Si no puede pagar las tarifas de servicio requeridas, estos cargos se facturarán a su cuenta.

Por favor traiga dentro de los 30 días copias actuales de uno de los siguientes documentos como prueba de ingresos:

- Talon de pago de empleo actual - un mes
- Copia de todo el año reciente W-2 / o declaración de impuestos más reciente
- Registro de la Comisión de Empleo de Virginia (VEC) (período de 3 meses más reciente)
- Prueba de asistencia pública (por ejemplo, TANF, cupones de alimentos) AVISO DE ACCIÓN
- Prueba de pagos de SSI, SSDI y / o Seguro Social (por ejemplo, carta de adjudicación)
- Cuenta de ingresos por pensiones o jubilaciones
- Copia del pago de la indemnización por desempleo
- Copia de la carta de determinación de beneficios para veteranos / declaración de ingresos
- Copia de la concesión de manutención infantil / comprobante de pago
- Copia de la concesión de pensión alimenticia / comprobante de pago
- Extracto bancario actual con información de depósito directo
- Carta de informe del empleador-Declaración de ingresos en papel con membrete del empleador

Documentación de personas sin hogar de la agencia de servicios para personas sin hogar o del trabajador social: en papel con membrete de la agencia, con fecha dentro de los 30 días de la cita. Si no tiene hogar y no tiene ingresos, documentación verificada por un administrador de casos de la agencia o un trabajador social. Si no puede pagar las tarifas de servicio requeridas, estos cargos se facturarán a su cuenta.

En el momento en que se proporciona la documentación, cualquier descuento elegible se aplicará a los servicios anteriores de forma retroactiva hasta 30 días. **Después de 30 días, sin comprobante de ingresos**, es posible que deba pagar el **costo total** del servicio; si no tiene este pago, es posible que lo reprogramen (no lo vean ese día) y le pidan que traiga la documentación y el pago al día siguiente. visitar. Agradecemos que notifique a Daily Planet Health Services de cualquier cambio en los ingresos o dependientes en el momento de los servicios.

Entiendo la póliza de comprobante de ingresos y pago de tarifas de Daily Planet Health Services y **acepto proporcionar la información requerida de comprobante de ingresos dentro de los 30 días posteriores a la fecha que se muestra a continuación** para calificar para tarifas con descuento por servicios.

Nombre del paciente (en letra de imprenta) _____ Firma _____

Fecha: _____

Representante legal (impreso, si es necesario): _____

Firma del representante legal: _____



NOMBRE: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Trabajo: _____ ¿Cuántas personas viven en su hogar? _____

¿Le han hecho pruebas de COVID19 en el pasado? SI NO

Resultado: Positivo Negativo ¿Fecha de la prueba?: _____

¿Has estado expuesto a alguien con COVID19? Sí NO

En casa En el trabajo En la comunidad

¿Has recibido la vacuna de COVID19? Fecha de la dosis 1: _____ Fecha de la dosis 2: _____

¿Estás experimentando alguno de estos síntomas?

- Sí NO ¿Dificultad de respirar? Sí NO ¿Resfriado/a?
- Sí NO ¿Fiebre? Qué tan alta? _____ Sí NO ¿Fatigo/a?
- Sí NO ¿Tos? Sí NO ¿Dolor de cuerpo?
- Sí NO ¿Pérdida del olfato o del gusto? Sí NO ¿Dolor de garganta?
- Sí NO ¿Dolor de cabeza? Sí NO ¿Dolor de pecho?
- Sí NO ¿Vomito? Sí NO ¿Diarrea?
- Sí NO ¿Pérdida de apetito?

¿Tienes algunos de los Sí guiente?

- Sí NO ¿Diabetes?
- Sí NO ¿Hipertensión?
- Sí NO ¿Enfermedad del corazón?
- Sí NO ¿Asma?
- Sí NO ¿EPOC? Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- Sí NO ¿VIH?
- Sí NO ¿Problemas del sistema inmunitario? Explique: _____

Escribe su alergias a medicinas:

¿Fue referido por un/a trabajador/a de vivienda? Sí NO

En caso sí, consulte a continuación: Doy permiso a Daily Planet Health Services para compartir los resultados de mi prueba COVID 19 con mi asistente social de vivienda.

Firma: _____ Fecha: _____

*** PARA USO SOLO POR PERSONEL MÉDICO ***

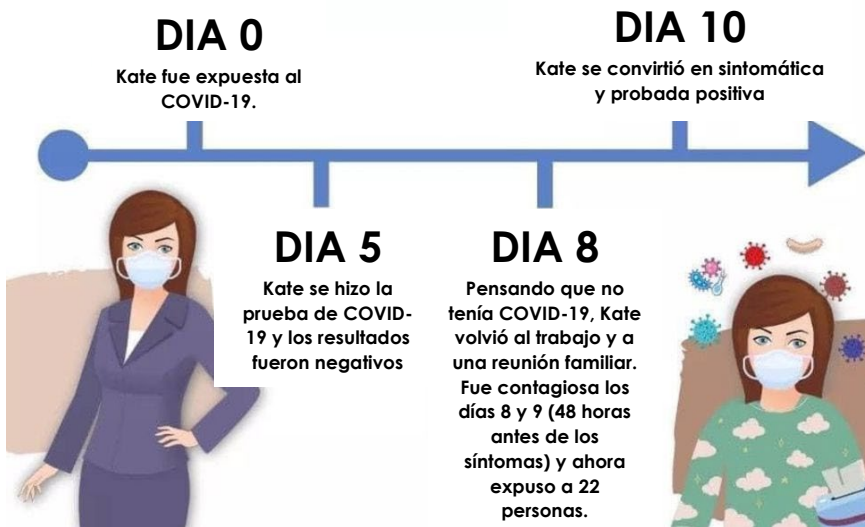
Vitales: POX _____ Temp _____ Pulso _____ Resp _____ Ag Test _____



PLAZO DE INCUBACIÓN DE COVID-19

COVID-19 tiene un periodo de hasta 14 días de incubación.

KATE FUE EXPUESTA AL COVID-19



MI TELÉFONO ESTÁ EN LA LUCHA CONTRA EL COVID

AYUDA A DETENER EL COVID-19 EN VIRGINIA

COVIDWISE.ORG

Guía de aislamiento

Para que las personas con COVID-19 confirmado o sospechado sepan cuándo es probable que ya no sean contagiosas:

Estrategia basada en los síntomas

Si tuvo síntomas de COVID-19 y se le indicó que se cuidara en su hogar, puede salir de su "habitación para enfermos" y de su hogar después de que hayan sucedido estas 3 cosas:

- ✓ Han transcurrido por lo menos 10 días desde que aparecieron los primeros síntomas, y
- ✓ Por lo menos 24 horas sin fiebre sin el uso de medicamentos contra la fiebre, y
- ✓ Otros síntomas han mejorado.

Tenga en cuenta que la pérdida del gusto o del olfato puede persistir durante semanas o meses y esto no debería retrasar el final del aislamiento.

Estrategia basada en el tiempo

Si obtuvo un resultado positivo en la prueba de COVID-19 y nunca tuvo ningún síntoma y se le indicó que se cuidara en su hogar, puede salir de su "habitación para enfermos" y de su hogar si:

- ✓ Han transcurrido por lo menos 10 días desde la fecha de su primer resultado positivo de la prueba de diagnóstico de COVID-19, y
- ✓ Usted continúa sin tener síntomas desde que se hizo la prueba.

No necesita una nueva prueba para finalizar el aislamiento

Guía de cuarentena

Si tuvo contacto cercano con una persona que tiene COVID-19 mientras era contagiosa*, esté atento a los síntomas y siga todas las recomendaciones (p. ej., usar una máscara, mantener la distancia y lavarse las manos con frecuencia) durante 14 días después de la última exposición.

El contacto cercano incluye:

- estar a menos de 6 pies de una persona que tiene COVID-19 por un total de 15 minutos o más durante un período de 24 horas;
- estar expuesto a las secreciones respiratorias de una persona que tiene COVID-19 (p. ej., que tosa o estornude sobre usted; que compartan un vaso o utensilios o que lo bese);

- brindar atención a una persona que tiene COVID-19; o
- vivir con una persona que tiene COVID-19.

* Se considera que una persona que tiene COVID-19 es contagiosa a partir de 2 días antes de enfermarse (o 2 días antes de la recolección de la muestra para la prueba, si nunca tuvo síntomas) hasta que cumpla con los criterios para interrumpir el aislamiento.

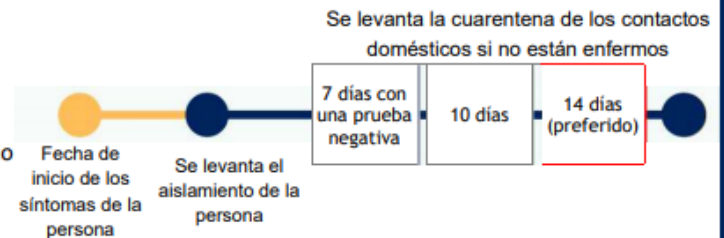
CONTACTOS DOMÉSTICOS

El VDH recomienda que se ponga en **cuarentena (se quede en casa)** mientras la persona infectada está en casa y durante **14 días** después de que se le levante el aislamiento (porque se considera que la exposición es continua dentro de la casa)**.



Si no puede quedarse en casa durante 14 días adicionales y no tiene síntomas, podrá salir de casa antes:

- después de 10 días si no se ha hecho una prueba; o
- después de 7 días si obtiene un resultado negativo en una prueba de PCR o de antígeno que se realizó el día 5 o después.



** Si puede **separarse por completo** de la persona que tiene COVID-19 en su casa (esto significa no tener contacto, no pasar tiempo juntos en la misma habitación y no compartir espacios como el mismo baño o dormitorio), entonces cumpla el plazo indicado para los contactos no domésticos.

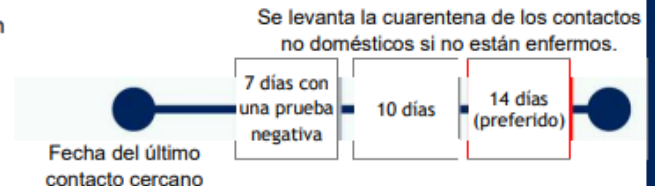
CONTACTOS NO DOMÉSTICOS

El VDH recomienda que se ponga en **cuarentena (se quede en casa)** durante **14 días** después de la fecha del último contacto cercano con la persona infectada con COVID-19.



Si no puede quedarse en casa durante 14 días y no tiene síntomas, puede salir de casa antes:

- después de 10 días si no se ha hecho una prueba; o
- después de 7 días si obtiene un resultado negativo en una prueba de PCR o de antígeno que se realizó el día 5 o después.



Después de la prueba de hoy, **quédese en casa mientras espera el resultado**. Su resultado llegará a través de un mensaje de texto. Si su resultado es positivo, también recibirá un correo electrónico y/o una llamada telefónica. Si su prueba es negativa, pero tuvo contacto cercano con una persona COVID positiva, aún debe estar en cuarentena durante 14 días.

Enlaces importantes:

Para imprimir una copia de los resultados de su prueba: <https://patient.labcorp.com/>

Para comunicarse con su proveedor en Daily Planet Health Services:

https://mycw32.eclinicalweb.com/portal3444/jsp/100mp/login_otp.jsp

Para obtener más información sobre COVID-19: <https://www.vdh.virginia.gov/coronavirus/#COVID-19-resources>



Dio positivo en la prueba de COVID-19

Aislarse de todos durante al menos 10 días desde el inicio de sus síntomas

- Quédese en un dormitorio y un baño en su casa. Si debe compartir el baño, límpielo con lejía después de cada visita, intente esperar 1 hora entre usuarios.
- Los alimentos, bebidas y otros suministros deben dejarse fuera de la puerta de la habitación del enfermo. Aléjese y luego el paciente puede recoger los suministros. Use platos y utensilios desechables cuando sea posible.
- Disponga de una forma para que el paciente en la habitación del enfermo pida ayuda si es necesario.
- Todos en la casa deben usar una máscara y seguir las pautas de cuarentena.
- Debe estar libre de fiebre - sin medicamentos - durante al menos 24 horas antes de salir del aislamiento
- No necesita una nueva prueba para terminar con el aislamiento

Notifique a cualquier persona con la que haya estado desde 2 días antes de que comenzaran sus síntomas.

Cuídate:

Beba muchos líquidos para evitar la deshidratación.

Respire profundamente cada 15 minutos y camine alrededor de su espacio de aislamiento cuando se sienta con ganas.

¡No te acuestes boca arriba! Pase tiempo boca abajo y de cada lado para mantener los pulmones abiertos. Considere tomar una **multivitamina** todos los días, ya que su apetito puede estar bajo.

Síntoma	Tratamientos de venta libre
Fiebre o dolor de cabeza o dolor de cuerpo	Acetaminofén (Tylenol) o ibuprofeno (Advil o Motrin)
Dolor de garganta	Acetaminofén o aerosol para la garganta (cloraséptico), gárgaras de agua tibia con sal, té y miel
Tos productiva (tos húmeda con moco)	Medicamento expectorante para la tos con guaifenesina (Robitussin o Mucinex)
Tos seca	Medicamento supresor para la tos con dextrometorfano (Delsym)
Tanto productiva y seca	Medicamento para la tos combinado con guaifenesina y dextrometorfano (Mucinex DM, Robitussin DM)
Congestión/secreción nasal	Descongestionante nasal con fenilefrina o pseudoefedrina, aerosol nasal salino, antihistamínico

Llame para pedir ayuda si:

Tienes **dolor de pecho**

Tiene **dificultad para respirar** o **mareado/a** cuando camina por su habitación

Tienes una **pierna hinchada**

Estás controlando tu oxígeno y **permanece por debajo del 92%** con respiraciones profundas