



West Wendover COVID-19 Testing Registration Form

Date of Testing: OCTOBER 21, 2020

FIRST NAME / NOMBRE DE PILA

LAST NAME / APELLIDO

_____/_____/_____
DATE OF BIRTH (mm/dd/yyyy)

FECHA DE NACIMIENTO

GENDER Male Female

GÉNERO Hombre Mujer

PHYSICAL ADDRESS / DIRECCIÓN:

Street / Calle

City / Ciudad

State / Estado

Zip Code

Phone Number – For Test Results

Teléfono - Para los resultados de las pruebas

E-mail / Correo electrónico

CONSENT / Autorización

I understand that the COVID-19 test is free of charge. By signing this document, I am giving my permission to be tested for COVID-19. I agree to allow my medical records which are related to COVID-19 testing to be shared with the Elko County Health Officer or their designee. In the event that a person is exposed to my bodily fluids, I give permission to have my blood (or the blood of the person named above) tested for blood borne bacteria or viruses that may result in the transmission of disease. I have been provided access to the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) Notice and informed of my privacy limitations. I consent to receiving test results via electronic forms, including email and or facsimile. I consent to receiving test results via telephone and or voicemail.

Entiendo que la prueba COVID-19 es gratuita. Al firmar este documento, doy mi permiso para ser probado para COVID-19. Estoy de acuerdo en permitir que mis registros médicos que están relacionados con las pruebas COVID-19 sean compartidos con el Oficial de Salud del Condado de Elko o su designado. En el caso de que una persona esté expuesta a mis fluidos corporales, doy permiso para que se me haga una prueba de sangre (o de la sangre de la persona mencionada anteriormente) para detectar bacterias o virus transmitidos por la sangre que puedan resultar en los resultados de la prueba de transmisión. Me han proporcionado acceso a la notificación de la Ley de Portabilidad y responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA) y me han informado de mis limitaciones de privacidad. Doy mi consentimiento para recibir los resultados de las pruebas a través de formularios electrónicos, incluyendo correo electrónico o fax. Doy mi consentimiento para recibir los resultados de las pruebas por teléfono o correo de voz.

Participant (or Guardian) Signature

Firma del Participante (o Guardián)

Date / Fecha