

Hoja de referencia del proceso de registro de detección

Para que su hijo participe en la evaluación de COVID-19 en la escuela, use el enlace enviado a través de School Messenger. Si no recibió la notificación, comuníquese con su escuela.

Si bien creemos que el formulario de registro debería ser fácil y no tomar más de 5 a 8 minutos, puede haber algunas preguntas que parezcan confusas. Esta guía está diseñada para brindar claridad y apoyo a las familias mientras realizan el proceso de registro de detección de COVID-19.



Si su estudiante HA sido vacunado contra el COVID-19, NO necesita realizar este proceso

Regístrese para una prueba de COVID-19.

¡Bienvenido! Hacerse la prueba de COVID-19 es una de las mejores maneras de mantenerse y mantener a su familia y a sus compañeros de trabajo a salvo. Primero, le pediremos que responda algunas preguntas. Resaltamos las preguntas que son obligatorias debido a los requisitos estatales o federales. Algunas preguntas son opcionales. Sus respuestas a estas preguntas ayudarán a informar los esfuerzos de rastreo de contactos.

¿Para quién es esta prueba?

Para mí

Para un menor de edad/una persona bajo tutela

Si está llenando este formulario para su hijo, seleccione esta casilla.

Hoja de referencia del proceso de registro de detección

¿Por qué al paciente hará la prueba de COVID-19?

Seleccione todas las opciones que correspondan.

El paciente estuvo en contacto con alguien que dio positivo en la prueba de COVID-19.

El paciente estuvo en contacto con alguien que podría tener COVID-19.

Se le ha recomendado al paciente que un proveedor de atención médica o en un centro de salud pública le hagan la prueba.

El empleador le pidió al paciente que se hiciera la prueba.

El paciente dio positivo en la prueba de COVID-19 y debe realizársela de nuevo.

Ninguna de las anteriores.

Si la respuesta a cualquiera de las preguntas enumeradas en esta sección es "No", seleccione esta casilla.

No es necesario que proporcione la información de su seguro médico.

No se le cobrará por ninguna prueba que se realice a través del LBUSD.

Bríndenos información sobre el seguro médico del paciente.

No se le cobrará por esta prueba.

Al proporcionar la información de su seguro médico nos ayuda a mantener las pruebas accesibles y los costos bajos.

¿El paciente tiene seguro médico?

Sí, el paciente tiene seguro médico.

Sí, el paciente tiene seguro médico pero no lo quiero proporcionar.

No, el paciente no tiene seguro médico.

¿Qué tipo de seguro tiene el paciente?

Medicare

Medicaid/Asistencia médica (Medi-Cal)

Comercial/otro

No sé

¿Quién es el titular de la póliza?

Yo

Mi cónyuge o pareja

Mi hijo/a

Otra persona

No se le cobrará por esta prueba.

Al proporcionar la información de su seguro médico nos ayuda a mantener las pruebas accesibles y los costos bajos.

¿El paciente tiene seguro médico?

Sí, el paciente tiene seguro médico.

¿Por qué es importante compartir información sobre el seguro médico?

Este servicio no tiene costo, tenga o no seguro.

Color o California Department of Public Health and Perkin Elmer podría facturarle a su seguro para cubrir el costo. Casi todas las compañías de seguros médicos cubren el costo total de las pruebas de COVID-19, según lo exige la ley.

[Continuar sin seguro](#)

[Agregar información de seguro](#)

No tengo ninguna de esas.

El Departamento de Salud Pública de California (CDPH) no le cobrará por esta prueba. Proporcionar información sobre el seguro médico puede ayudar a mantener las pruebas accesibles y los costos bajos.

Al enviar mi información, entiendo que Color compartirá la información de este formulario y los resultados de mis pruebas con el estado de California y sus designados para que puedan solicitar el reembolso de mi compañía de seguro. Autorizo que los beneficios se paguen al CDPH o a sus designados.

[Continuar](#)