

License Plate #
_____
1 2 3 4 5+

**COVID 19 Testing Request Form**  
**(Print clearly)**

<b>Staff:</b> <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N <b>SEMA4 MR#:</b> _____
--

**Preferred Language:** \_\_\_\_\_

**First Test:**  Y  N

**Congregate Care Setting:**  Y  N

**Name:** \_\_\_\_\_

**Gender:**  Male  Female  Decline

**Date of Birth:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Text message at number provided (fastest)  Phone call  Personal Email: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

By providing your text and/or e-mail you give StayWell Health permission to message you. Charges by your carrier may apply. If you need a printed copy of your results, please provide an e-mail address.

**Phone:** \_\_\_\_\_

**Address:** \_\_\_\_\_

**City, Zip** \_\_\_\_\_

**Race:**  American Indian Or Alaska Native,  Asian,  Black or African American,  
 Native Hawaiian or Pacific Islander,  White,  Other Race,  Unknown,  Refused

**Ethnicity:**  Hispanic or Latino,  Not Hispanic or Not Latino,  Unknown,  Refused

**Insurance:**  Medicare  Other  No insurance

**Pregnant:**  Y  N

Are you experiencing any of the following Symptoms today: *(check all that Apply)*

Start **Date of Symptoms:** \_\_\_\_\_

- Scratchy or sore throat
- Cough
- Runny Nose
- Symptoms of fever or chills
- Temperature greater than 100.4 degrees Fahrenheit or 38.0 degrees Celsius
- Muscle aches
- Nausea or vomiting or Diarrhea
- Shortness of breath
- New loss of taste or smell
- Skin changes (dermatitis)
- Clotting and/or stroke
- Other: \_\_\_\_\_
- None of the above

**Hospitalized:**  Y  N

**ICU:**  Y  N

License Plate #

1 2 3 4 5+

**Formulario de solicitud para prueba Covid-19**  
***(Imprima claramente)***

**Lenguaje preferido** \_\_\_\_\_

**Primera Prueba de Covid:**  Si  No

Vivienda Pública para envejecientes:  Si  No

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Género:**  Masculino  Femenino  Prefiero no contestar

**Fecha De nacimiento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Text message at number provided (fastest)  Phone call  Personal Email: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

By providing your text and/or e-mail you give StayWell Health permission to message you. Charges by your carrier may apply. If you need a printed copy of your results, please provide an e-mail address.

**Número de Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Ciudad, Código Postal** \_\_\_\_\_

**Raza:**  Indio Americano O Nativo de Alaska,

Asiático,  Negro o Afroamericano

Nativo de Hawái o de las islas del pacifico,

Blanco,  Otra Raza,

Desconocido,

Prefiero no contestar

**Etnicidad:**  Hispano o Latino,

No Hispano o No Latino,

Desconocido,

Prefiero no contestar

**Seguro Médico:**  Medicare

Otro

Sin Seguro

**Embarazada:**  Si  No

Esta experimentando alguno de los siguientes síntomas hoy? (Marque todo el que aplique)

**Fecha de primer síntomas:** \_\_\_\_\_

Dolor de garganta

Tos

Congestión o secreción nasal

Fiebre o escalofríos

Dolores musculares

Nauseas o vómitos o Diarrea

Fatiga

Nueva Perdida del gusto u olfato

Cambio en la piel

Falta de aire o dificultad para respirar

Otro: \_\_\_\_\_

Ningún síntoma

**Hospitalizada/o:**  Si  No

**Estuvo en Intensivos:**  Si  No