

FORMULARIO DE INFORME DE RESULTADOS DE LAS PRUEBAS DE COVID-19 EN LOS PUNTOS DE ATENCIÓN DEL ESTADO DE WASHINGTON (WASHINGTON STATE COVID-19 POINT OF CARE TEST RESULT REPORT FORM)

Instrucciones: Complete un formulario por cada resultado positivo. Escriba de forma clara y coloque un solo caracter en cada casilla (incluyendo espacios). Envíe la página 1 por fax al Departamento de Salud del Estado de Washington al (206) 512-2126. En la página 2, encontrará una descripción para cada campo del Formulario de informe.

Nombre del remitente: _____ Fecha de envío (DD/MM/AAAA): / /

Sección 1: Información del centro de análisis y del proveedor solicitante

Nombre del centro: _____

Nombre del proveedor solicitante (nombre y apellido): _____

NPI (identificador nacional del proveedor): _____ Número de CLIA: _____

Domicilio del proveedor o centro solicitante: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Condado: _____ Teléfono: _____ ext. _____

Sección 2: Información del paciente

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Sexo asignado al nacer: Femenino Ninguno/Otro Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA): Edad: _____ años
 Masculino Se desconoce / /

Domicilio del paciente: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Condado: _____ Teléfono: _____ ext. _____

Raza (Seleccione todas las opciones que correspondan): Se desconoce Indio americano o nativo de Alaska Asiático
 Negro o afroamericano Nativo de Hawái o habitante de las islas del Pacífico Blanco
 Otra raza (Especifique): _____

Etnicidad: Hispano o latino Ni hispano ni latino Se desconoce

Idioma preferido: _____ Identificador del paciente: _____

Sección 3: Información sobre la prueba

Instrucciones: Si el nombre de la prueba no se encuentra en la lista, incluya el nombre de la marca, el nombre de la prueba y toda la información que sea posible en el campo "Otra (Especifique)".

Nombre de la prueba: Abbott BinaxNOW COVID-19 Ag card Indicaid COVID-19 Rapid Antigen Test^{1, 2}
 Abbott ID Now COVID-19 LumiraDx SARS-CoV-2 Ag Test
 Access Bio CareStart COVID-19 Antigen Test¹ Quidel QuickVue SARS Antigen
(escrito en inglés) BD Veritor System for Rapid Detection of SARS-CoV-2² Quidel Sofia SARS Antigen FIA
 Celltrion DiaTrust COVID-19 Ag Rapid Test² Quidel Sofia 2 Flu + SARS Antigen FIA
 Cepheid Xpert Xpress SARS-CoV-2 Roche cobas SARS-CoV-2 & Infl. A/B Nucleic Acid Test for use on the cobas Liat System
 Cepheid Xpert Xpress SARS-CoV-2/Flu/RSV Sienna-Clarity COVID-19 Antigen Rapid Test Cassette^{1, 2}
 GenBody COVID-19 Ag
 Other (specify): _____

¹Antigen test = Prueba de antígenos ²Rapid detection = detección rápida

Resultado de la prueba: Tipo de muestra: Fecha de toma de la muestra (DD/MM/AAAA):
 Positivo/Detectado Hisopado nasal Saliva
 Negativo/No detectado NP (hisopado nasofaríngeo) Hisopado faríngeo
 Inconcluso/Incierto Otro (especifique): / /

Identificador del dispositivo: _____ ID de la muestra: _____

Descripciones de los campos del Formulario de informe del POC

A continuación, se proporciona una descripción para cada campo del Formulario de informe. El objetivo de estas explicaciones es ayudarlo a rellenar completamente el formulario. Léalas antes de enviar un correo electrónico a doh-surv@doh.wa.gov con preguntas sobre cómo rellenar el Formulario de informe.

Nombre del remitente	El nombre de la persona que completa el formulario.
Fecha de envío	La fecha en la que se envió este formulario al Departamento de Salud del Estado de Washington.
Sección 1: Información del centro de análisis y del proveedor solicitante	
Nombre del centro	El nombre del centro.
Nombre del proveedor solicitante	En el caso de los centros o proveedores de atención médica, el nombre completo del proveedor de salud que solicitó la prueba del POC (por su sigla en inglés, punto de atención). Otros centros pueden poner "N/C".
NPI (identificador nacional del proveedor)	El NPI (por su sigla en inglés, identificador nacional del proveedor) del centro de atención médica o del proveedor. Si no está disponible, coloque "N/C".
Número de CLIA	El número de CLIA (por su sigla en inglés, enmiendas sobre la mejora de los laboratorios clínicos) del centro.
Domicilio del proveedor o centro solicitante	La dirección física del proveedor o centro que solicita la prueba. (Incluye la ciudad, el estado y el código postal)
Condado	El condado donde está ubicado el centro.
Teléfono	El número de teléfono del centro al que el DOH (por su sigla en inglés, Departamento de Salud) puede llamar si tiene preguntas.
Sección 2: Información del paciente	
Apellido/Nombre/Inicial del segundo nombre	Coloque el nombre completo del paciente.
Sexo asignado al nacer	Marque la opción que mejor describa al paciente.
Fecha de nacimiento	La fecha de nacimiento del paciente.
Edad	La edad del paciente en años en el momento en que se realiza la prueba. Si el paciente es un/a niño/a menor de 1 año, coloque 0.
Domicilio del paciente	La dirección física del paciente. (Incluye la ciudad, el estado y el código postal)
Condado	El condado donde vive el paciente.
Teléfono	El mejor número de teléfono para comunicarse con el paciente.
Raza	Marque la(s) opción(es) con la(s) que el paciente se identifique.
Etnicidad	Marque solo una opción. Marque la opción con la que el paciente se identifique.
Idioma preferido	El idioma preferido del paciente.
Identificador del paciente	Coloque el identificador del paciente, si lo tiene. De lo contrario, coloque "N/C".
Sección 3: Información sobre la prueba	
Nombre de la prueba	Marque solo una opción. Indique la marca y el nombre de la prueba que el centro le realizó al paciente.
Resultado de la prueba	Marque solo una opción. Indique la opción que identifique el resultado de la prueba del paciente.
Tipo de muestra	Marque solo una opción. Indique el tipo de muestra que se usó para esta prueba. Una muestra de hisopado nasal se toma apenas dentro de los orificios nasales, mientras que una muestra de un NP (por su sigla en inglés, hisopado nasofaríngeo) se toma de una zona "más profunda" de la nariz. Una muestra de saliva se toma de la saliva. Una muestra de un hisopado faríngeo se toma de la garganta y las amígdalas. Si el tipo de muestra no está en la lista, marque la opción "Otro" y proporcione detalles.
Fecha de la toma de la muestra	La fecha en la que se tomó la muestra del paciente y se realizó la prueba.
Identificador del dispositivo (DI)	Puede encontrar el DI (por su sigla en inglés, identificador del dispositivo) de algunas pruebas en la Base de datos de AccessGUDID (solo en inglés) del Instituto Nacional de Salud. También puede ingresar aquí el modelo del dispositivo o una forma legible para los seres humanos del código de barras. Si no conoce el DI, coloque "Desconocido".
ID de la muestra	Si el centro usa o asigna identificadores únicos a las muestras, proporcione ese ID. Si su centro no los usa, coloque "N/C".

Para solicitar este documento en otro formato, llame al 1-800-525-0127. Las personas con sordera o problemas de audición deben llamar al 711 (servicio de relé de Washington) o enviar un correo electrónico a civil.rights@doh.wa.gov.