

FORMULARIO DE INFORME DE RESULTADOS DE LAS PRUEBAS DE COVID-19

Instrucciones: Complete un formulario por cada resultado positivo. Escriba de forma clara y coloque un solo carácter en cada casilla (incluyendo espacios). Envíe la página 1 por fax al Departamento de Salud del Estado de Washington al (206) 512-2126. Encontrará instrucciones específicas en la página 2 y una descripción para cada campo del Formulario de informe en la página 3.

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):

Dirección del proveedor o centro solicitante:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Condado:

Teléfono: () -

Sección 2: Información del/de la paciente

Apellido:

Nombre:

Inicia del segundo nombre:

Sexo asignado al nacer:

Femenino

Masculino

Ninguno

Se desconoce

Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA):

Domicilio del/de la paciente:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Condado:

Teléfono: () -

Raza o razas (consulte las instrucciones específicas en la página 2):

Origen étnico:

Hispano o latino

Ni hispano ni latino

Se desconoce

La paciente prefiere no responder

Idioma preferido (consulte las instrucciones específicas en la página 2):

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 (escrito en Inglés):

Abbott BinaxNOW COVID-19 Ag card

Abbott ID Now COVID-19

Access Bio CareStart COVID-19 Antigen Test

BD Veritor System for Rapid Detection of SARS-CoV-2

Celltrion DiaTrust COVID-19 Ag Rapid Test Cepheid

Xpert Xpress SARS-CoV-2

Cepheid Xpert Xpress SARS-CoV-2/Flu/RSV GenBody

COVID-19 Ag

Otra (especifique):

Indicaid COVID-19 Rapid Antigen Test^{1,2}

LumiraDx SARS-CoV-2 Ag Test

Quidel QuickVue SARS Antigen

Quidel Sofia SARS Antigen FIA

Quidel Sofia 2 Flu + SARS Antigen FIA

Roche cobas SARS-CoV-2 & Infl. A/B Nucleic Acid Test para usar en las cobas Liat Sistema

Sienna-Clarity COVID-19 Antigen Rapid Test Cassette^{1,2}¹Antigen test = Prueba de antígenos²Rapid detection = detección rápida

Resultado de la prueba:

Positivo/Detectado

Negativo/No detectado

Inconcluso/Incierto

Tipo de muestra:

Hisopado nasal

Hisopado NP (nasofaríngeo)

Saliva

Otra

(especifique):

Fecha de toma de la muestra (DD/MM/AAAA):

I.D. de la muestra:

Identificador del dispositivo:

Descripciones de los campos del Formulario de informe del POC

A continuación, se indican las instrucciones específicas para la sección 2: Información del/de la paciente – Raza o razas e Idioma preferido. En la página 3, encontrará una descripción para cada campo del formulario de informe. El objetivo de estas explicaciones es ayudar a rellenar completamente el formulario. Léalas antes de enviar un correo electrónico a CDSDataSupport@doh.wa.gov con preguntas sobre cómo rellenar el formulario de informe.

Instrucciones para la sección 2: Información del/de la paciente – Raza o razas			
Escriba todos los valores numéricos que correspondan a la raza o las razas con las que se identifica el/la paciente. Pueden ser más de uno. Escriba de forma clara y coloque un solo número en cada casilla. Deje un espacio para separar los valores correspondientes a cada raza.			
1. Afgano/a	19. Egipcio/a	37. Kuwaití	55. Ruso/a
2. Afrocaribeño/a	20. Eritreo/a	38. Laosiano/a	56. Samoano/a
3. Nativo/a de Alaska	21. Etiope	39. Libanés/Libanesa	57. Saudita
4. Indígena de Norteamérica	22. Fiyiano/a	40. Malasio/a	58. Somalí
5. Árabe	23. Filipino/a	41. Marshalés/Marshalesa	59. Sudafricano/a
6. Asiático/a	24. Miembro de las Naciones Originarias	42. Mestizo/a	60. Sudamericano/a
7. Indígena de Asia	25. Guameño/a o chamorro/a	43. Mexicano/a o norteamericano/a de ascendencia mexicana	61. Sirio/a
8. Birmano/a	26. Miembro de la etnia hmong	44. Mediooriental	62. Taiwanés/Taiwanesa
9. Bangladesí	27. Latino/a de ascendencia indígena	45. Miembro de la etnia mien	63. Tailandés/Tailandesa
10. Butanés/Butanesa	28. Indonesio/a	46. Marroquí	64. Tongano/a
11. Negro/a o afroamericano/a	29. Iraní	47. Nativo/a de Hawái	65. Ugandés/Ugandesa
12. Centroamericano/a	30. Iraquí	48. Nepalí	66. Ucraniano/a
13. Miembro de la etnia cham	31. Japonés/Japonesa	49. Norafricano/a	67. Vietnamita
14. Chicano/a	32. Jordano/a	50. Miembro de la etnia oromo	68. Blanco/a
15. Chino/a	33. Miembro de la etnia karen	51. Habitante de las islas del Pacífico	69. Yemení
16. Congoleño/a	34. Keniano/a	52. Pakistaní	70. Otra raza
17. Cubano/a	35. Camboyano/a o miembro de la etnia jemer	53. Puertorriqueño/a	71. El/La paciente prefiere no responder
18. Dominicano/a	36. Coreano/a	54. Rumano/a	72. Se desconoce

Instrucciones para la sección 2: Información del/de la paciente – Idioma preferido			
Escriba SOLO UN valor numérico que corresponda al idioma que prefiere el/la paciente..			
1. Amhárico	14. Francés	27. Mixteco	40. Tagalo
2. Árabe	15. Alemán	28. Nepalí	41. Tamil
3. Baluchi	16. Hindi	29. Oromo	42. Télugu
4. Birmano	17. Hmong	30. Punyabí	43. Tailandés
5. Cantonés	18. Japonés	31. Pastún	44. Tigríña
6. Chino (no especifica variante)	19. Lenguas karen	32. Portugués	45. Ucraniano
7. Chamorro	20. Jemer (camboyano)	33. Rumano	46. Urdu
8. Chuukés	21. Kinyarwanda	34. Ruso	47. Vietnamita
9. Darí	22. Coreano	35. Samoano	48. Otro idioma
10. Inglés	23. Kosraeano	36. Lengua de señas	49. El/La paciente prefiere no responder
11. Farsi/Persa	24. Laosiano	37. Somalí	50. Se desconoce
12. Fiyiano	25. Mandarín	38. Español/Castellano	
13. Filipino	26. Marshalés	39. Suajili	

Descripciones de los campos del Formulario de informe del POC (continuación)

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".
Dirección del proveedor o centro solicitante (incluye la ciudad, el estado y el código postal)	La dirección física del proveedor o centro que solicita la prueba.
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/de la paciente	
Apellido/Nombre/Inicial del segundo nombre	Coloque el nombre completo del/de la paciente.
Sexo asignado al nacer	Marque la opción que mejor describa al/a la paciente.
Fecha de nacimiento	La fecha de nacimiento del/de la paciente.
Domicilio del/de la paciente (incluye la ciudad, el estado y el código postal)	La dirección física del/de la paciente.
Condado	El condado donde vive el/la paciente.
Teléfono	El mejor número de teléfono para comunicarse con el/la paciente.
Raza o razas	Lea las instrucciones de arriba: Instrucciones para la sección 2: Información del/de la paciente – Raza o razas
Origen étnico	Marque solo una opción. Marque la opción con la que el/la paciente se identifique.
Idioma preferido	Lea las instrucciones de arriba: Instrucciones para la sección 2: Información del/de la paciente – Idioma preferido.
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/a la paciente.
Resultado de la prueba	Marque solo una opción. Indique la opción que identifique el resultado de la prueba del/de la 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 hisopado NP (por su sigla en inglés, 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 "Otra" y proporcione detalles.
Fecha de la toma de la muestra	La fecha en la que se tomó la muestra del/de la 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 Access GUDID (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 esa id. Si el 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 doh.information@doh.wa.gov.