COLEGIO SAN PEDRO MÁRTIR DE VERONA
GUAYNABO, P.R.

"Formando hoy el hombre íntegro del mañana"

A: PADRES DE NUESTROS ESTUDIANTES

DE: Rosa Armesto, Principal

ASUNTO: CAMBIO DE FECHA PARA PRUEBA COVID-19

FECHA: 12 de enero de 2022

¡Saludos! ¡Felicidades en este nuevo año 2022!

Por motivos ajenos a nuestra voluntad las pruebas del COVID-19 no podrán realizarse este jueves 13 de enero de 2022 como lo teníamos programado. Las mismas se llevarán a cabo el lunes, 17 y el martes 18, de enero de 2022 para nuestros estudiantes y familiares que así lo necesiten, en nuestra cancha en el siguiente horario:

lunes, 17 de enero de 2022 8:00 am a 10:00 am * estudiantes y familiares de PK a 4º grado.
10:00 am a 12:00 pm * estudiantes y familiares de 5º a 8º grado.

martes, 18 de enero de 2022 8:00 am a 10:00 am * estudiantes y familiares de 9º y 10º grado.
10:00 am a 12:00pm* estudiantes y familiares de 11º y 12º grado

- Cada uno debe presentar (llenos) los dos formularios incluidos en este documento.
- Original y copia del Plan médico.
- $0 con referido médico.
- $10 si no tiene referido.
- **TODOS** deben mantener distancia, usar mascarilla (y face shield si es posible) y estar debidamente vestidos.
- Se asignarán números por orden de llegada para mantener el orden desde los carros.
  Tan pronto tengamos los resultados de las pruebas comenzaremos presenciales si Dios lo permite. Esperamos que esto sea para el miércoles o jueves.

LABORATORIO CLINICO SAN JUAN
Plaza Olmedo*Ave. Lomas Verdes #1790*San Juan PR 00926
TEL.787-756-7128*FAX 787-765-1996 *
E-mail: sanjuanlab@hotmail.com

Fecha: _____

Compañía: _____ (SI APLICA)
(company)

Nombre/Dos Apellidos:_____
(name)

Tel.(_____)_____-_____
(phone number)

Fecha de nacimiento: _____/_____/_____ Edad: _____ Sexo: ___F___M
(date of birth) mes dia año (age) (gender)

Dirección postal (adress): _____

_____

_____

PARA ENVIO DE RESULTADOS ELECTRONICAMENTE

Email_____

(NOTA: LETRA LEGIBLE)

CUESTIONARIO Y/O EVALUACIÓN MEDICA

NOMBRE: _____

FECHA NACIMIENTO: _____/ _____ EDAD: _____ SEXO: F/ M

MES DIA AñO

DIRECCIÓN POSTAL: _____

_____

_____

EMAIL:_____ TEL. ( ) _____

PESO:_____ESTATURA: _____

CONDICIONES:

Alta Presión

Diabetes

Hipoglicemia

Colesterol Alto

____Ansiedad o Dolor de Cabeza

____Inflamación y/o Dolor en los Huesos o Coyunturas

____Otros:

_____/ _____

1. ¿Cuándo fue la última vez que se realizó análisis de laboratorio?
   0 1 año 0 6 Meses 0 3 Meses 0 Menos de 3 meses _____

2. ¿Es alérgico a algún medicamento? 0 Sí 0 No ¿Cuál? _____

3. ¿Toma algún medicamento? 0 Sí 0 No ¿Cuál? _____
   ¿Para qué condición? _____

ACUERDO DE PARTICIPACION VOLUNTARIA Y RELEVO DE RESPONSABILIDAD

Yo he decidido participar de esta clínica libre y voluntariamente, por tal razón, autorizo a que se me realicen las pruebas aquí mencionadas y que las mismas sean facturadas a mi Plan Médico, por lo cual, entiendo que tengo el derecho y la libertad de escoger el proveedor de mi preferencia. También autorizo y estoy de acuerdo en que todos los resultados sean enviados por correo electrónico (Email).

FIRMA: _____ FECHA: _____

Plan Médico: _____ Asegurado Principal: _____

Núm. Contrato: _____ Fecha Nac.: _____

Grupo:_____%Lab: _____ Parentesco: _____

NO MARCAR: PARA USO OFICIAL

_____CBC	_____T3, T4, TSH	_____PSA (mayor de 50 años)	_____MICROALBUMINA
_____CMP	_____CRP	_____Vit B12	_____OTROS: _____
_____LIPID PANEL	_____AIC (GLYCO)	_____VIT D 25 OH	_____

HEALTH INSURANCE CLAIM FORM

APPROVED BY NATIONAL UNIFORM CLAIM COMMITTEE (NUCC) 02/12

PICA | PICA

CARRIER

PATIENT AND INSURED INFORMATION

1. MEDICARE (Medicare#) | MEDICAID (Medicaid#) | TRICARE (ID#/DoD#) | CHAMPVA (Member ID#) | GROUP HEALTH PLAN (ID#) | FECA BLK LUNG (ID#) | OTHER (ID#)

1a. INSURED'S I.D. NUMBER (For Program in Item 1)

2. PATIENT'S NAME (Last Name, First Name, Middle Initial)

3. PATIENT'S BIRTH DATE MM DD YY | SEX M F

4. INSURED'S NAME (Last Name, First Name, Middle Initial)

5. PATIENT'S ADDRESS (No., Street)

6. PATIENT RELATIONSHIP TO INSURED Self | Spouse | Child | Other

7. INSURED'S ADDRESS (No., Street)

CITY | STATE

8. RESERVED FOR NUCC USE

CITY | STATE

ZIP CODE | TELEPHONE (Include Area Code) ( )

ZIP CODE | TELEPHONE (Include Area Code) ( )

9. OTHER INSURED'S NAME (Last Name, First Name, Middle Initial)

10. IS PATIENT'S CONDITION RELATED TO:

11. INSURED'S POLICY GROUP OR FECA NUMBER

a. OTHER INSURED'S POLICY OR GROUP NUMBER

a. EMPLOYMENT? (Current or Previous) YES | NO

a. INSURED'S DATE OF BIRTH MM DD YY | SEX M F

b. RESERVED FOR NUCC USE

b. AUTO ACCIDENT? YES | NO PLACE (State)

b. OTHER CLAIM ID (Designated by NUCC)

c. RESERVED FOR NUCC USE

c. OTHER ACCIDENT? YES | NO

c. INSURANCE PLAN NAME OR PROGRAM NAME

d. INSURANCE PLAN NAME OR PROGRAM NAME

10d. CLAIM CODES (Designated by NUCC)

d. IS THERE ANOTHER HEALTH BENEFIT PLAN? YES | NO *If yes*, complete items 9, 9a, and 9d.

READ BACK OF FORM BEFORE COMPLETING & SIGNING THIS FORM.

12. PATIENT'S OR AUTHORIZED PERSON'S SIGNATURE I authorize the release of any medical or other information necessary to process this claim. I also request payment of government benefits either to myself or to the party who accepts assignment below.

SIGNED _____ DATE _____

13. INSURED'S OR AUTHORIZED PERSON'S SIGNATURE I authorize payment of medical benefits to the undersigned physician or supplier for services described below.

SIGNED _____

PHYSICIAN OR SUPPLIER INFORMATION

14. DATE OF CURRENT ILLNESS, INJURY, or PREGNANCY (LMP) MM DD YY QUAL.

15. OTHER DATE QUAL. MM DD YY

16. DATES PATIENT UNABLE TO WORK IN CURRENT OCCUPATION MM DD YY FROM MM DD YY TO

17. NAME OF REFERRING PROVIDER OR OTHER SOURCE

17a.

17b. NPI

18. HOSPITALIZATION DATES RELATED TO CURRENT SERVICES MM DD YY FROM MM DD YY TO

19. ADDITIONAL CLAIM INFORMATION (Designated by NUCC)

20. OUTSIDE LAB? YES | NO $ CHARGES

21. DIAGNOSIS OR NATURE OF ILLNESS OR INJURY Relate A-L to service line below (24E) ICD Ind.

A. B. C. D.

E. F. G. H.

I. J. K. L.

22. RESUBMISSION CODE ORIGINAL REF. NO.

23. PRIOR AUTHORIZATION NUMBER

24. A. DATE(S) OF SERVICE From MM DD YY	To MM DD YY	B. PLACE OF SERVICE	C. EMG	D. PROCEDURES, SERVICES, OR SUPPLIES (Explain Unusual Circumstances) CPT/HCPCS	MODIFIER	E. DIAGNOSIS POINTER	F. $ CHARGES	G. DAYS OR UNITS	H. EPSDT Family Plan	I. ID. QUAL.	J. RENDERING PROVIDER ID. #
1										NPI	
2										NPI	
3										NPI	
4										NPI	
5										NPI	
6										NPI	

25. FEDERAL TAX I.D. NUMBER SSN EIN

26. PATIENT'S ACCOUNT NO.

27. ACCEPT ASSIGNMENT? (For govt. claims, see back) YES | NO

28. TOTAL CHARGE $

29. AMOUNT PAID $

30. Rsvd for NUCC Use

31. SIGNATURE OF PHYSICIAN OR SUPPLIER INCLUDING DEGREES OR CREDENTIALS (I certify that the statements on the reverse apply to this bill and are made a part thereof.)

SIGNED DATE

32. SERVICE FACILITY LOCATION INFORMATION

a. NPI b.

33. BILLING PROVIDER INFO & PH # ( )

a. NPI b.