

Student Info

Student First Name _____

Student Last Name _____

Student Birth Date _____

Student Address _____

City _____ State _____ ZIP _____

Email _____

Gender Female Male Decline to Specify
 Hispanic or Latino Non-Hispanic or Latino
 Decline to Specify

Ethnicity Other _____
 Asian Asian Indian African American
 American Indian Caucasian (white)

Race Other Decline to Specify

If Patient is under 18 years old:

Guardian First Name _____

Guardian Last Name _____

Guardian Cell Phone _____ Guardian Home number _____

Guardian Email _____

May we email you? Yes No

May we text you? Yes No

COVID-19 TEST DURATION CONSENT

Student ID#: _____



Medical History Diabetes High Blood Pressure Asthma Other

If other, please explain: _____

Allergies (List): _____

By signing this form, you are consenting for COVID-19 weekly testing until June 30, 2022. If you feel ill, you should seek medical attention as soon as possible. You consent that the information on this form is accurate and okay to receive results via email or text. I understand this test does not confirm a medical evaluation. You authorize JL Hudson Holdings LLC, SaintJames Health, Inc. or its assignee to bill your insurance/health coverage for these services; when available. You authorize us to release any information/medical records for billing and reimbursement to state/county authorities as required by state guidelines. If your insurance company pays you directly for our services, you agree to endorse that payment to us within 15 days of receipt. You consent to allowing JL Hudson Holdings LLC or Saint James Health, Inc. to share your results with Newark Public Schools.

Signature

Date

Please specify relationship to Minor:

Parent with Legal Custody Guardian with Legal Custody

PRIMARY INSURANCE

Insurance Company: _____

Member ID: _____

Group ID: _____

Self Spouse Child

Relationship to Insured: Other: _____

Name of Policy Holder _____ Policy Holder Date of Birth: _____

Policy Holder Address: _____

SECONDARY INSURANCE

Insurance Company: _____

Member ID: _____

Group ID: _____

Self Spouse Child

Other: _____

Relationship to Insured: _____

Name of Policy Holder _____ Policy Holder
Date of Birth: _____

Policy Holder Address: _____

NO INSURANCE

I, _____, attest that I am

uninsured effective of ____/____/____

Social Security Number: _____

I affirm that all information given on this attestation is true, complete, and accurate to the best of my knowledge.

Signature Date

Student Info

Nombre Del Estudiante _____

Apellido Del Estudiante _____

Fecha de Nacimiento del Estudiante _____

Dirección Domicilio Del Estudiante _____

Ciudad Domicilio _____ Estado _____ ZIP _____

Email _____

Genero del Estudiante Mujer Masculino Declino especificar

Etnia Hispanic or Latino Non-Hispanic or Latino

Declino especificar

Otro _____

Raza Asiático Indio Asiático Afro-Americano

A Indio americano Caucásico (blanco)

Declino especificar

Si el paciente es menor de 18 años

Nombre Del Padre/Tutor _____

Apellido Del Padre/Tutor _____

Número Celular _____ Teléfono _____

Email _____

¿Podemos enviarle un correo electrónico? Si No

¿Podemos enviarle un mensaje de texto a este número? Si No

COVID-19 TEST DURATION CONSENT

Student ID#: _____

Historial médico: Diabetes High Blood Pressure Asma Otro

Si otro por favor
explique

Alergias médicas

Al firmar este formulario, usted da su consentimiento para las pruebas semanales de COVID-19 hasta el 30 de junio de 2022. Si se siente enfermo, debe buscar atención médica lo antes posible. Usted acepta que la información en este formulario es precisa y está bien para recibir los resultados por correo electrónico o mensaje de texto. Entiendo que esta prueba no confirma una evaluación médica. Usted autoriza a JL Hudson Holdings LLC Saint James Health Inc. o su cesionario a facturar a su seguro / cobertura de salud por estos servicios; Cuando esté disponible. Usted nos autoriza a divulgar cualquier información / registros médicos para facturación y reembolso a las autoridades estatales / del condado según lo exigen las pautas estatales. Si su compañía de seguros le paga directamente por nuestros servicios, usted acepta endosarnos ese pago dentro de los 15 días posteriores a la recepción. Usted da su consentimiento para permitir que JL Hudson Holdings LLC o Saint James Health Inc. compartan sus resultados con las Escuelas Públicas de Newark.

Firma del padre / tutor / paciente:

Fecha

Especifique la relación
con el menor:

Nombre de Padre con la
custodia legal

Nombre del Guardian con la
custodia legal

SEGURO PRIMARIO

Compañía de seguros

Member ID:

Identificación de grupo

Relación con el
asegurado

Uno mismo Esposo (a) Hijo (a)
 Otro:

Nombre del titular de la
póliza

Titular de la
póliza Fecha
de
nacimiento

Dirección del titular de la
póliza

SEGURO SECUNDARIO

Compañía de seguros _____

Member ID: _____

Identificación de grupo _____

Relación con el asegurado Uno mismo Esposo (a) Hijo (a)
 Otro: _____

Nombre del titular de la póliza _____ Titular de la póliza Fecha de nacimiento _____

Dirección del titular de la póliza _____

NO TENGO SEGURO

I, _____, Doy fe de que no estoy asegurado a partir de: ____/____/____

Número de seguridad social _____

Afirmo que toda la información proporcionada en esta certificación es verdadera, completa y precisa de acuerdo a mi conocimiento.

Firma de los padres Fecha

Informação do Aluno

Primeiro Nome do Estudante _____

Sobrenome do Estudante _____

Identificação SIS do Estudante _____

Endereço Rua do Estudante _____

	Endereço	Endereço
Endereço Cidade do Estudante	Estado do Estudante	Postal do Aluno
_____	_____	_____

Email _____

Gênero do Estudante Female Male Decline to Specify
 Hispânico ou Latino Não Hispânico ou Latino
 Recusar Especificar

Etnia Se outro, por favor especifique: _____

Asiático Índio asiático Afro-americano

Índio americano Caucasiano (Branco)

Raça Outro _____ Recusar Especificar

Se o estudante for menor de 18 anos

Primeiro Nome do Responsável _____

Sobrenome do Responsável _____

	Telefone da Residencial
Telefone Celular do Responsável	do Responsável
_____	_____

E-mail do Responsável _____

Podemos enviar um e-mail para você? SIM Não

Podemos enviar uma mensagem de texto para você neste número? SIM Não

COVID-19 TEST DURATION CONSENT

Student ID#: _____

Histórico médico: Diabetes Pressão alta Asma Outro nenhum

Se for outdo, for favor
explique

Alergias Médicas

Ao assinar este formulário, você concorda com o teste semanal COVID-19 até 30 de junho de 2022. Se você se sentir doente, deve procurar atendimento médico o mais rápido possível. Você concorda que as informações neste formulário são precisas e podem receber resultados por e-mail ou texto. Eu entendo que este teste não confirma uma avaliação médica. Você autoriza a JL Hudson Holdings LLC Saint James Health Inc. ou seu cessionário a cobrar sua cobertura de seguro / saúde por esses serviços; Quando disponível. Você nos autoriza a liberar quaisquer informações / registros médicos para cobrança e reembolso às autoridades estaduais / municipais conforme exigido pelas diretrizes estaduais. Se sua seguradora pagar diretamente por nossos serviços, você concorda em nos endossar esse pagamento em até 15 dias após o recebimento. Você consente em permitir que a JL Hudson Holdings LLC ou Saint James Health Inc. compartilhe seus resultados com as Escolas Públicas de Newark.

Assinatura do pai / responsável / estudante:

Data

Especifique a relação
com o menor:

Pai com custódia legal

Guardião com Custódia Legal

COVID-19 TEST DURATION CONSENT

Student ID#: _____

SEGURO PRIMÁRIO

Companhia de seguros _____
numero de membro _____
numero de grupo _____
Relacionamento com o Próprio Esposo/a Criança
segurado Outro _____
Nome do titular da _____ Data de nascimento
apólice do segurado _____
Endereço do titular da _____
apólice _____

SEGURO SECUNDÁRIO

Companhia de seguros _____
numero de membro _____
numero de grupo _____
Relacionamento com o Próprio Esposo/a Criança
segurado Outro _____
Nome do titular da _____ Data de
apólice nascimento do
segurado _____
Endereço do titular da _____
apólice _____

NENHUM SEGURO

Eu, _____, atesto que não tenho sem
título _____ / _____ / _____

Número da Segurança Social _____

Afirmo que todas as informações fornecidas neste atestado são verdadeiras, completas e precisas, de acordo com o meu conhecimento.

Assinatura dos pais

Data

COVID-19 TEST DURATION CONSENT

Student ID#: _____