

# Formulario de autorización COVID-19 Prueba

Al firmar este formulario, autorizo al Departamento de Salud del Condado de Stokes a administrar la prueba COVID-19. También les autorizo a facturar mi seguro para esta prueba y contactarme por teléfono con los resultados de mis pruebas.

Los resultados deben estar de vuelta para el viernes 5 de junio de 2020. Es importante que entienda para aquellos que se prueban debe autoaislado en su hogar hasta que reciba el resultado de la prueba. Al firmar este formulario, usted acepta seguir estas pautas.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_