



Today's Date/Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2021

Today's Test Results / Resultados de la prueba de hoy

Patient #: <i>Número del paciente:</i>		Gender (Circle): Male Female <i>Sexo (Encierre en un círculo): Masculino Femenino</i>	
First and Last Name (Legal): <i>Nombre y apellido (legal):</i>			
Date of Birth / Fecha de nacimiento: ____/____/____			
Street Address / Dirección:			
City / Ciudad:	State / Estado: Oklahoma	Zip / Código postal:	
Cell Phone Number / Número de teléfono celular: (      )			

I, \_\_\_\_\_ (print name) authorize the Oklahoma State Department of Health and Oklahoma City Public Schools to obtain my results from Total Wellness.

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre en imprenta) autorizo al Departamento de Salud del Estado de Oklahoma y a Oklahoma City Public Schools a obtener mis resultados de Total Wellness.

Signature / Firma

Date / Fecha

To be completed by test administrator / Esta sección es completada por el administrador de la prueba

Specimen:			
Collection Date: ____/____/____	Time: ____ am ____ pm		
Test Performed:	Time: ____ am ____ pm		
Date: ____/____/____			
Tech Name:			

	<b><u>YOUR RESULTS</u></b> <i><u>Sus resultados</u></i>	<b>Reference Range</b> Qualitative <b>Positive/Positivo</b> Negative/Negativo
BD COVID 19 Antigen Analyzer		

All COVID-19 Results will be reported to the Oklahoma State Department of Health  
 Todos los resultados de COVID-19 serán reportados al Departamento de Salud del Estado de Oklahoma