



# COLLIN COUNTY

Collin County Health Care Services  
 825 N. McDonald St. Suite 130  
 McKinney, Texas 75069  
 www.collincountytx.gov

## Collin County Health Care Services 2019 Novel Coronavirus (COVID-19) Testing Application **UNINSURED COLLIN COUNTY RESIDENTS ONLY**

<b>Patient Information--**Applicant or Parent must provide Driver's License or Proof of County Residency**</b>			
Last Name:		First Name:	
Physical/Street Address (P.O. Box is NOT accepted):		City:	Zip:
County (Only Collin County Residents are Eligible):	Phone:	Date of Birth:	Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
If the patient is under 18 years, name of parent/guardian: _____ (Parent/Guardian First Name) (Parent/Guardian Last Name)			
<b>Reason for COVID-19 Testing (please check all that apply)</b>			
<input type="checkbox"/> I have symptoms of COVID-19 (if yes, please check off all symptoms you have experienced)			
<input type="checkbox"/> Abdominal Pain	<input type="checkbox"/> Diarrhea	<input type="checkbox"/> Headache	<input type="checkbox"/> Red Eyes <input type="checkbox"/> Sore Throat
<input type="checkbox"/> Chills	<input type="checkbox"/> Fever Temp: _____	<input type="checkbox"/> Muscle aches	<input type="checkbox"/> Runny Nose <input type="checkbox"/> Vomiting
<input type="checkbox"/> Cough	<input type="checkbox"/> Fever (Subjective)	<input type="checkbox"/> Nausea	<input type="checkbox"/> Shortness of Breath <input type="checkbox"/> Other:
<input type="checkbox"/> I have had contact with someone who has COVID-19			
<input type="checkbox"/> My work is requiring me to get tested			
<input type="checkbox"/> Other, please explain:			
<b>Self-Certification of Collin County Residency and Medically Uninsured Status</b>			
<p><b>(Patient Initials)</b> I hereby certify, under penalty of perjury, my (or my child's) status as a medically uninsured resident of Collin County: I affirm that I (or my child) currently reside(s) in Collin County. I affirm that I am not (or my child is not) presently covered by any public or private health insurance program (i.e. Blue Cross, United Healthcare, Medicaid, Medicare, etc...).</p> <p><b>I understand Collin County Health Care Services has authorized my chosen health care provider to perform certain COVID-19 related services for me (or my child) free of charge based on the information I have provided on this form.</b> By signing this form, I agree the statements I have made, including my answers to all questions, are true and correct to the best of my knowledge and belief. I understand that giving false information could result in disqualification from and a requirement to repay for COVID-19 services.</p> <p><b>Consequence of Fraud Policy:</b> If, after due process, a person is found to have intentionally misrepresented information in order to receive COVID-19 services, that person:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• shall reimburse Collin County for the cost of benefits they were ineligible to receive;</li> <li>• shall be administratively ineligible for Collin County COVID-19 services in accordance with County Policies/Procedures;</li> <li>• shall be financially responsible for any insurance or other billing generated by their chosen health care provider as allowable for services received; and</li> <li>• may be subject to prosecution under Texas Penal Code.</li> </ul> <p>I understand that as part of the provisions of healthcare services, Collin County creates and maintains health records and other information describing, among other things, my health and medical history, symptoms, examination and test results, diagnoses, treatment, and any plans for future care of treatment.</p>			
Print name of person who completed application	Signature of person who completed application	Relationship to Patient	Date
<b>FOR OFFICE USE ONLY—Fax Completed Form to 972-547-7268</b>			
Date Test Performed:	Type of COVID-Test (FDA Approved Only): <input type="checkbox"/> PCR (Oral) <input type="checkbox"/> PCR (Nasal or Throat)	Billed Amount:	



# COLLIN COUNTY

Collin County Health Care Services  
 825 N. McDonald St. Suite 130  
 McKinney, Texas 75069  
 www.collincountytx.gov

**Collin County Health Care Services 2019 Novel Coronavirus (COVID-19) Testing Application**  
**SOLAMENTE PARA RESIDENTE SIN SEGURO VIVIENDO EN EL CONDADO DE COLLIN**

Información del Paciente- *Solicitante o Padre debe mostrar Licencia de Conducir o Comprobante de Domicilio en el Condado de Collin**			
Apellido:		Nombre:	
Domicilio (NO se acepta el Apartado Postal):		Ciudad:	Código Postal:
Condado (Solamente residentes del Condado de Collin son Elegibles):	Teléfono:	Fecha de Nacimiento:	Género: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Si el paciente es menor de 18 años, escribe el nombre del padre/guardián: _____ (Nombre de Padre/Guardián) (Apellido de Padre/Guardián)			
Razón para Prueba de COVID-19 (por favor marque todos los que apliquen)			
<input type="checkbox"/> Yo tengo síntomas de COVID-19 (Si la respuesta es sí, marque todas las síntomas que ha tenido)			
<input type="checkbox"/> Dolor abdominal	<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/> Ojos Rojos
<input type="checkbox"/> Escalofríos	<input type="checkbox"/> Fiebre Temp: _____	<input type="checkbox"/> Dolor muscular	<input type="checkbox"/> Goteo Nasal
<input type="checkbox"/> Tos	<input type="checkbox"/> Fiebre (Subjetivo)	<input type="checkbox"/> Nausea	<input type="checkbox"/> Dificultad para Respirar
<input type="checkbox"/> Dolor de Garganta	<input type="checkbox"/> Vomito	<input type="checkbox"/> Otro:	
<input type="checkbox"/> Tuve contacto con alguien que tiene COVID-19			
<input type="checkbox"/> Mi trabajo requiere que tenga una prueba			
<input type="checkbox"/> Otro, favor de explicar: _____			
Autocertificación de Residencia en el Condado de Collin y Estatus Sin Seguro Medico			
<p><b>(Iniciales del Paciente) Yo, bajo pena de perjurio, declaro que mi estatus (o el estatus de mi hijo/a) es un residente del Condado de Collin sin seguro médico:</b> Por el presente, yo afirmo que yo (o mi hijo/a) soy (es) un residente del Condado de Collin. Yo afirmo que no tengo (o mi hijo/a no tiene) cobertura de seguro médico público o privado (por ejemplo Blue Cross, United Healthcare, Medicaid, Medicare, etc...).</p> <p>Yo entiendo que Collin County Health Care Services le dio autorización a mi proveedor de servicios médicos para desempeñar ciertos servicios relacionados a COVID-19 para mí (o mi hijo/a) sin costo basado en la información que yo he proveído en esta forma. Por mi firma debajo, yo afirmo que las declaraciones hechas, incluyendo las respuestas de todas las preguntas, son verdaderas y correctas a mi leal saber y entender. Yo entiendo que dar información falsa puede resultar en ser descalificado de recibir servicios de COVID-19 y causara la obligación personal de reembolso.</p> <p><b>Póliza de Consecuencias del Fraude:</b> Si se descubre después del debido proceso que una persona mintió o dio una descripción falsa a propósito para recibir servicios de COVID-19, esa persona:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reembolsara al Condado de Collin por el costo de los beneficios que fueron recibidos pero no fueron elegibles para recibir;</li> <li>• No será elegible para servicios del Condado de Collin para COVID-19 de acuerdo a sus Pólizas y Procedimientos;</li> <li>• Tendrá la responsabilidad financiera por cualquier facturación permitida por medio de aseguranza u otra agencia cual que fue generada por mi médico por los servicios proveídos; y</li> <li>• Puede ser sujeto a juicio bajo el Código Penal de Tejas.</li> </ul> <p>Yo entiendo que el departamento de Servicios de Salud del Condado de Collin crea, guarda y mantiene expedientes médicos y otra información que describe mi salud, mi historial médico, síntomas, exámenes, resultados de pruebas, diagnósticos, tratamientos y planes de tratamiento o cuidado médico en el futuro como parte de la provisión de servicios de salud.</p>			
Nombre de la Persona quien completo el formulario	Firma de la Persona quien completo el formulario	Relación con el Paciente	Fecha
FOR OFFICE USE ONLY—Fax Completed Form to 972-547-7268			
Date Test Performed:	Type of COVID-Test (FDA Approved Only): <input type="checkbox"/> PCR (Oral) <input type="checkbox"/> PCR (Nasal or Throat)	Billed Amount:	