

# Letter to Authorize COVID-19 Results Pick Up

I, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(patient's full name) (patient's date of birth) (patient's phone number)

authorize \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(authorized person's full name) (authorized person's date of birth)

to pick up my COVID-19 test results.

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Instructions:**

- 1. Print clearly and use full legal name for patient/authorized person.**
- 2. Call 978-946-8409 to request results pick-up.**
- 3. Bring completed form to 25 Marston Street, Suite 202.**
- 3. Authorized person must bring photo ID that matches name & DOB on this form when picking up results.**

# Carta de autorización para recoger resultados del COVID 19

Yo, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(nombre completo de paciente) (paciente fecha nacimiento) (paciente numero telefono)

autorizo \_\_\_\_\_,  
(persona autorizada nombre completo) (persona autorizada fecha nacimiento)

para recoger mis resultados de COVID-19.

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

## Intrucciones:

1. Imprimir claramente y usar nombre completo legal de paciente/persona autorizada.
2. Llamar al 978-946-8409 para solicitar resultados y recogerlos.
3. Traer formulario completo a 25 Marston Street Suite 202.
4. Persona autorizada debera traer foto ID que combine con su nombre y fecha nacimiento en esta formulario cuando recoja los resultados.