

Registración del Examen de COVID-19

Apellido: _____ Nombre: _____ MI _____

Fecha de Nacimiento: _____

Dirección (física y postal)

Numero de Teléfono: _____

Alternativo: _____

Correo Electrónico: _____

Como podemos enviar sus resultado? (circule uno) Texto/correo electrónico/llamada

Raza (circule uno): Afroamericano/Hispano/Blanco

Genero (circule uno): Femenino/Masculino

Lenguaje Preferido: _____

Síntomas: Si/No Fecha cuando empezó sus síntomas: _____

Doctor Primario: _____

Ha sido examinado anteriormente por el COVID-19? (Circule) Si/No

Si su respuesta es si, indique la razón porque esta hoy aquí: _____

