



Car Number \_\_\_\_\_

Arrival Time: \_\_\_\_\_

Provider: \_\_\_\_\_

**Por favor traiga este formulario completo al sitio de prueba.**

**Información de registro de pruebas COVID**

Information	Por favor escriba o imprima claramente
Apellido del paciente	
Nombre del paciente	
Domicilio (calle, ciudad, estado, código postal):	
Número de teléfono	
Dirección de correo electrónico:	
Fecha de nacimiento del paciente	
Raza del paciente:	
Origen étnico del paciente:	Por favor circule: hispano o no hispano
Idioma nativo del paciente:	
** Nombre del seguro médico:	
Número de identificación del seguro:	
Si el plan de seguro no está a su nombre, complete los elementos a continuación	Si no corresponde, escriba no applicable (n/a)
Apellido del garante del seguro:	
Nombre del garante del seguro	
Fecha de nacimiento del garante del seguro	
Número de teléfono del garante del seguro:	

**\*\* Si no tiene seguro médico, se le pedirá que proporcione su Número de Seguro Social cuando llegue al sitio de prueba móvil.**