

Тестирование на COVID-19 Не Выходя из Машины

Бланк для Заполнения Пациентом при Первом Посещении

ПЕРВЫЙ РАЗДЕЛ: Основная информация

Вы сможете протестироваться на COVID-19 независимо от вашего иммиграционного статуса.

Имя Пациента (Имя, Фамилия):		Дата Рождения (м/д/год)	
Улица	Город	Штат	Индекс
Телефонный Номер (с кодом местности)	Как вы себя идентифицируете?	<input type="checkbox"/> Мужчина <input type="checkbox"/> Женщина <input type="checkbox"/> Преференция (Пожалуйста укажите) _____	
Раса/Этничность	Предпочитаемый язык		

ВТОРОЙ РАЗДЕЛ: Информация о Страховке

Пожалуйста заполните этот раздел, если у вас есть страховка. Обратите внимание, что ваша страховка не снимет с вас деньги за эти услуги. **Вас протестируют БЕСПЛАТНО, даже если у вас нет страховки.**

Название Страховки	Код Подписчика
Имя Подписчика (если другое)	Номер Группы
Адрес Страховки	