

## Sự kiện Lái Xe Qua Thử Nghiệm COVID-19

### Mẫu Nhận Bệnh Nhân

#### PHẦN MỘT: Thông tin cơ bản

**Bạn sẽ nhận được xét nghiệm COVID-19 bất kể tình trạng nhập cư.**

Tên bệnh nhân (Họ, Tên):		Ngày sinh (mm/dd/yyyy)	
Địa chỉ đường	Thành phố	Tiểu bang	Zip Code
Số điện thoại (với mã vùng)	Bạn xác định như thế nào? <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Thích hơn (Xin cụ thể)		
Chủng tộc / Dân tộc	Ngôn ngữ ưa thích		

#### PHẦN HAI: Thông tin Bảo hiểm

Vui lòng điền vào phần này nếu bạn có bảo hiểm. Lưu ý rằng bảo hiểm của bạn sẽ không tính phí cho các dịch vụ này. **Bạn vẫn sẽ được kiểm tra MIỄN PHÍ nếu bạn không có bảo hiểm.**

Tên bảo hiểm	Subscriber ID
Tên người đứng bảo hiểm (Nếu khác)	Group #
Địa chỉ bảo hiểm	