

# COVID-19 “免下车” 检测活动

## 患者登记表

### 第一部分：基本信息

无论您的移民身份如何，您都可获得 COVID-19 的检测

患者名称 (姓, 名):		出生日期: (月/日/年)	
街道地址	城市	州	邮政编码
电话号码 (包括区号)	您的自我性别 认可? <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 偏向 (请指明) _____		
种族/民族	首选语言		

### 第二部分：保险信息

如果您有保险，请填写此部分。请注意您的保险公司将不会就此项服务向您收费。如果您没有保险，您仍可获得免费检测。

保险名称	投保人号码
投保人姓名 (如不同)	组 #
保险地址	