

# COVID-19 “免下車” 檢測活動

## 患者登記表

### 第一部分: 基本信息

無論您的移民狀態如何，您都可獲得 COVID-19 的檢測

患者名稱 (姓, 名):		出生日期: (月/日/年)	
街道地址	城市	州	郵政編碼
電話號碼 (包括區號)	您的自我性別 認可是? <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 偏向 (請指明) _____		
種族/民族	首選語言		

### 第二部分: 保險信息

如果您有保險，請填寫此部分。您的保險公司將不會就此項服務向您收費，如果您沒有保險，您仍可獲得免費檢測。

保險名稱	投保人號碼
投保人姓名 (如不同)	組 #
保險地址	