

عمل فحص COVID-19 من دون النزول من السيارة استمارة معلومات المريض

الجزء الأول : المعلومات الأساسية

ستتلقى فحص COVID-19 بغض النظر عن وضعك القانوني لدى دائرة الهجرة

اسم المريض (اللقب , الاسم الأول)		تاريخ الميلاد : (اليوم , الشهر , السنة)	
العنوان	المدينة	الولاية	الرمز البريدي
كيف تعرف نفسك <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> انثى <input type="checkbox"/> أخرى (يرجى التحديد)	رقم التلغون (كود المنطقة)		
اللغة المفضلة :	العرق / الاصل		

الجزء الثاني : معلومات التأمين الصحي

يرجى ملء هذا القسم إذا كان لديك تأمين صحي . لاحظ أن التأمين الخاص بك لن يفرض عليك رسوما مقابل هذه الخدمات . سيبقى اختبارك مجانا حتى إذا لم يكن عندك تأمين صحي.

اسم التأمين الصحي :	رقم الهوية :
اسم التأمين الثاني (إذا كان مختلفا) :	رقم فئة التأمين :
عنوان التأمين الصحي :	