

드라이브 스루 코로나 바이러스 감염증-19 검사

환자 접수 양식

섹션 1: 기본 정보

여러분은 이민 신분과 관계없이 코로나-19 검사를 받을 수 있습니다.

환자 성명 (성, 이름):		생년월일 (mm(월)/dd(일)/yyyy(연도))	
주소	도시명	주	우편번호
전화번호 (지역번호 포함)	성 정체성은 어떻게 되시나요? <input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성 <input type="checkbox"/> 성적 지향 (명시해 주세요)		
인종/민족	선호 언어		

섹션 2: 보험 정보

보험이 있다면 이 섹션을 작성해주세요. 여러분의 보험사는 여러분에게 이 검사에 대한 비용을 청구하지 않습니다. **보험이 없더라도 여러분은 무료로 검사를 받을 수 있습니다.**

보험사 이름	가입자 ID
가입자 이름 (상이할 경우)	그룹 #
보험사 주소	