

Prueba COVID-19 en su carro

Formulario de admisión del paciente

PRIMERA SECCIÓN: Información básica

Recibirá la prueba COVID-19 sin importar su estado migratorio.

Nombre del paciente (Apellido, nombre):		Fecha de nacimiento (mes 00/día 00 /año 0000)	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Número telefónico (con código de área)	¿Con cuál se identifica?	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Preferencia (Especifique por favor) _____	
Raza/etnia	Idioma de preferencia		

SEGUNDA SECCIÓN: Información del seguro médico

Complete esta sección sólo si tiene seguro médico. Tenga en cuenta que su seguro no le cobrará por estos servicios. **Se le hará la prueba GRATIS, aunque no cuente con seguro.**

Nombre de la aseguradora	Identificación (ID) del titular del seguro
Nombre del titular del seguro (en caso de ser diferente)	Grupo #
Domicilio de la aseguradora	