



Circle Testing Number

1	2	3	4	5	6		
7	8	9	10	11	12		
13	14	15	16	17	18	19	20

COVID 19 Testing Registration Form

Patients Temperature _____

Present Symptoms _____

Información Demográfica

Nombre Y Datos Demográficos	Nombre		Apellido		
	Fecha de Nacimiento	Edad	Genero () Masculino () Femenino	# de Seguro Social	
Dirección	Calle			Apt #	
	Ciudad	Estado	Área Postal		
Número de Teléfono	Casa	Celular	¿Podemos dejar mensaje? () si () no		
Estado Civil	() Nunca se ha casado () Casado () Divorciado/Anulado () Viudo () Otro _____				
Lenguaje Primario	() Ingles () Español () Frances () Otro _____				
Etnicidad Hispana	() No-Hispano () Hispano () Puertorriqueño () Mexicano () Cubano () Otro _____				
Raza	() Africano/Africano Americano () Nativo Americano o Nativo de Alaska () Nativo de Hawái () Otro _____		() asiático/asiático Americano () Blanco/Caucasiano () isleño del Pacífico		
Seguro Medico	Nombre del Seguro:	Número de Póliza:		Número de Grupo:	
Escala de tarifa variable	Tamaño de familia:	Ingreso Anual:	Horas trabajadas:	Salario por hora:	
Contacto de Emergencia	Nombre	Relación		Número de Teléfono	