

COVID-19

Patient Information: PLEASE COMPLETE ALL FIELDS – TEST CANNOT BE COMPLETED IF NOT FILLED OUT
Información del paciente: COMPLETE TODOS LOS CAMPOS – LA PRUEBA NO PUEDE REALIZARSE SI NO ESTÁN COMPLETOS

_____ Member First Name (Nombre del afiliado)		_____ Member Last Name (Apellido del afiliado)	
_____ Member Phone (Teléfono del afiliado)		_____ DOB: MM/DD/YYYY (Fecha de nacimiento: MM/DD/AAAA)	
Gender (Sexo): <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Unknown (Se desconoce)			
_____ Member Address (Dirección del afiliado):		_____ Email (Correo electrónico)	
_____ City (Ciudad):	_____ State (Estado)	_____ Zip Code (Código postal)	

Test Information: PLEASE COMPLETE ALL FIELDS – TEST CANNOT BE COMPLETED IF NOT FILLED OUT
Información del paciente: COMPLETE TODOS LOS CAMPOS – LA PRUEBA NO PUEDE REALIZARSE SI NO ESTÁN COMPLETOS

_____ Date Collected (Fecha de recolección)	_____ Time Collected (Hora de recolección)
_____ Member Signature (Firma del afiliado)	

Select Only “ONE Race & Only ONE Ethnicity”
Elija solo “UNA raza y UN origen étnico”.

Race (Raza)
<input type="checkbox"/> Asian (Asiática)
<input type="checkbox"/> Black or African American (Negra o afroamericana)
<input type="checkbox"/> White or Caucasian (Blanca o caucásica)
<input type="checkbox"/> American Indian or Native American (Indoamericana o nativa americana)
<input type="checkbox"/> Other (Otro)
<input type="checkbox"/> Not Indicated (No se indica)

Ethnicity (Etnia)
<input type="checkbox"/> Hispanic or Latino (Hispana o latina)
<input type="checkbox"/> Not Hispanic or Latino (No hispana o latina)
<input type="checkbox"/> Not Indicated (No se indica)