

Centro San Vicente COVID19 Testing

Pre-Registration Form

Last Name: _____ First Name: _____ MI: _____
(Apellido) (Nombre) (Inicial)

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____
(Dirección) (Ciudad) (Estado) (CodigoPostal)

Mailing Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____
(Dirección de Correspondencia) (Ciudad) (Estado) (CodigoPostal)

DOB: _____ Sex: F / M / Uknwn Marital Status: _____
(Fecha de Nacimiento) (Sexo) Femenino/Masculino (Estado Civil)

SSN: _____ Language: Eng / Spa
(Número de Seguro Social) Idioma: (Ingles/Español)

Race: _____ Ethnicity: _____
(Raza) (Etnia)

Home Phone: _____ Cellphone: _____
(Teléfono de Casa) (Celular)

Alt Phone: _____ Emergency Phone: _____
(Teléfono alternativo) (Teléfono de Emergencia)

Emergency Contact Name: _____ Relation: _____
(Nombre de un contacto de emergencia) (Relación)

Email: _____
(Correo Electrónico)

Release of Info: Y / M / N / I

Rx History: N / U / Y

Signature Date (Firma y Fecha) : _____

