

# 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: \_\_\_\_\_  
(Número de Seguro Social)

Language: Eng / Spa  
Idioma: (Inglés/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) : \_\_\_\_\_

Time (Hora) \_\_\_\_\_

Name (Nombre) \_\_\_\_\_ Date (Fecha) \_\_\_\_\_

First test? (¿Primera vez que se hace la prueba de Covid?)

- a) Yes (Si)
- b) No
- c) Not Given (Prefiero No Contestar)

Employed in Healthcare? (¿Es empleado en el Cuidado de la Salud?)

- a) Yes (Si)
- b) No
- c) Not Given (Prefiero No contestar)

Symptomatic? (Tiene síntomas)

- a) Yes (Si)
- b) No
- c) Not Given (Prefiero No contestar)

Date of Symptom OnSet? (Fecha en que empezaron los síntomas)

- a) MM/DD/YYYY \_\_\_\_\_
- b) Not Given (Prefiero No contestar)

Hospitalized? (Ha estado hospitalizado)

- a) Yes (Si)
- b) No
- c) Not Given (Prefiero No contestar)

ICU? (Ha estado en Terapia Intensiva)

- a) Yes(Si)
- b) No
- c) Not Given (Prefiero No contestar)

Congregate Care Setting? (Se congrega en un entorno de Cuidado Colectivo)

- a) Yes (Si)
- b) No
- c) Not Given (Prefiero No Contestar)

Pregnant? (¿Esta embarazada?)

- a) Yes (Si)
- b) No
- c) Not Given (Prefiero No Contestar)

Race? (Raza)

- a) Asian
- b) Black or African American
- c) American Indian or Alaska Native
- d) Other Race
- e) Native Hawaiian or Other Pacific
- f) Islander
- g) White

Ethnicity (Etnia)

- a) Hispanic (Hispana)
- b) Non Hispanic (No Hispana)
- c) Not Given (prefiero No Contestar)