

COVID-19 Patient Information Form

Patient Info:

Name _____ DOB ____ / ____ / ____ Male Female

Mailing Address _____ City _____ ST _____ Zip _____

Phone _____ SSN _____

Marital Status Married Single Widowed Race: _____

Primary Care Physician _____

If patient is a Minor:

Legal Guardian _____ DOB ____ / ____ / ____ SSN: _____

Emergency Contact: (complete in full)

Name _____ Patient Relationship _____

Phone _____

.....

I attest that I will self-isolate until my results are reported as negative.

Signature

Date / Time

Formulario de información del paciente COVID-19

Información de Paciente:

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ código Postal _____

Teléfono _____ Numero Social _____

Sexo Masculino Fememnino Estado Casado Soltero Viudo

Mèdico de Familia _____

Si el paciente es menor de edad:

Guardián legal _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Numero Social _____

Contacto de Emergencia: (Llenar completamente)

Nombre _____ Relación Paciente _____

Teléfono _____

.....

Doy fe de que me aislaré hasta que mis resultados se reportado como negativos.

Firma

Fecha / Hora