



# Formulario de registro para el Paciente para la vacuna del COVID

MRN \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Tiene algún sintoma de COVID:  Yes  No

Cuando comenzaron los síntomas: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Nombre) (Inicial del 2do nombre)

Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Seguro Social/ W7: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Ocupación: \*\* \_\_\_\_\_

### Información de su dirección postal

Calle y # \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

# De teléfono \_\_\_\_\_ (Favor de escoger: Trabajo/Celular/Casa)

Correo electrónico (Email): \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_ Guardian legal DOB: \_\_\_\_\_

Sexo:  Masculino  Femenino  Transgénero (hombre/ mujer)  Transgénero (mujer/ hombre)

Orientación Sexual:  Heterosexual (no lesbiana/ Homosexual)  Lesbiana o homosexual

Bisexual  otro  No lo sé  Prefiero no responder

Estado Civil:  Soltero/a  Casado/a  Divorciado/a  Separado/a  Viudo/a

Empleo:  Tiempo completo  Medio Tiempo  Desempleado/a  Estudiante Tiempo completo  Estudiante Tiempo Medio

### Raza (Las que apliquen)

Blanco/Caucásico  Negro/Afro- americano  Indio Americano  asiático

Nativo de Hawái  Otra isla del Pacífico  Nativo de Alaska  Otro: \_\_\_\_\_

¿Es usted de origen Hispano/ Latino?  Si  No

¿País de Origen? \_\_\_\_\_

¿Es veterano de las fuerzas armadas estadounidenses?  Si  No ¿Está cubierto bajo BCBS, UHC, AETNA,

Cigna, Medicaid, Medicare, Bright Health o algún otro Seguro Médico Privado?  Yes  No Si su respuesta es SI por favor entre el nombre de su seguro médico y el número de miembro de su seguro

\_\_\_\_\_  
¿Usted necesita un Médico Primario?  Si  No

Como usted escucho acerca de nosotros: \_\_\_\_\_ -