



Proporcione a nuestro personal de oficina su Pasaporte O una identificacion con foto

Nombre completo del paciente: _____
Patient Full Name

Sexo: _____ Fecha de nacimiento: _____
Sex Date of Birth

Direccion de casa: _____
Home Address Apto # Ciudad ExpresarCodigo postal

Numero celular: _____ Correo electronico: _____
Cell phone number

Numero secundario(opcional): _____ Correo electronico secundario(opcional) _____
Secondary number(optional) Secondary email (optional)

Consentimiento verbal (cualquier persona con la que podamos compartir su informacion medica y/o darle resultados):

Nombre: _____ Cumpleanos: _____ Relacion: _____
Nombre: _____ Cumpleanos: _____ Relacion: _____
Nombre: _____ Cumpleanos: _____ Relacion: _____

Informacion de vuelo, proporcione en caso de que haya un problema en el aeropuerto. La informacion solicitada es para todas los vuelos desde Nashville. Por favor, solo incluya esta informacion de vuelo.

Gracias

Fecha de vuelo: _____ Hore de despegue: _____
Date of flight Time of takeoff
Aerolinea: _____ Destino final: _____
Airline Final Destination

¿Ha tenido algun sintoma de COVID? (i.e., cough, sore throat, fever, runny nose, etc)? Any SX?
SI NO

¿Ha estado expuesto a alguien que actualmente tenga COVID+ que conozca? Any exposure?
SI NO

¿Ha recibido la vacuna COVID-19? Have you had the COVID-19 vaccine?
SI NO En case afirmativo, indique la fecha aproximada: _____
If yes, please list the approximate date

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA