



يرجى تزويد موظفي مكتبنا بجواز سفرك أو بطاقة هوية تحمل صورة

الاسم الكامل للمريض: _____
Patient Full Name

الجنس: _____ تاريخ الولادة: _____
Sex Date of Birth

عنوان المنزل: _____
Home Address

الرمز البريدي _____ تنص على _____ مدينة _____ # ملائم _____

رقم الهاتف المحمول: _____ عنوان البريد الإلكتروني: _____
Cell Phone Number Email Address

البريد الإلكتروني الثانوي (اختياري) _____ عنوان البريد الإلكتروني: _____

الموافقة اللفظية (أي شخص يمكننا مشاركة معلوماتك الطبية معه و / أو إعطاء نتائج له)
Verbal Consent: (Name, DOB, Relationship)

اسم: _____ تاريخ الولادة: _____ صلة: _____
اسم: _____ تاريخ الولادة: _____ صلة: _____
اسم: _____ تاريخ الولادة: _____ صلة: _____

معلومات الرحلة ، يرجى تقديم في حالة وجود مشكلة في المطار. المعلومات المطلوبة عن أي رحلات جوية من ناشفيل ، يرجى إدراج معلومات الرحلة هذه فقط. شكرا لك

Flight information

تاريخ الرحلة: _____ وقت المغادرة: _____
Date of flight Time of takeoff

وقت الإقلاع: _____ المصير الحتمي: _____
Airline Final Destination

(Any SX?) (مثل السعال والتهاب الحلق والحمى وسيلان الأنف وما إلى ذلك) COVID هل عانيت من أي أعراض لـ
نعم (YES) لا (NO)

(Any exposure?) تعرفه؟ COVID + هل تعرضت لأي شخص مصاب حاليًا بـ
نعم (YES) لا (NO)

(Have you had the vaccine?) COVID-19 هل تلقيت لقاح
نعم (YES) لا (NO) إذا كانت الإجابة بنعم ، يرجى ذكر التاريخ التقريبي
If yes, please list the approximate date

توقيع المريض

تاريخ