



ПЕРВИЧНАЯ ФОРМА ЗАПРОСА НА ПРОВЕДЕНИЕ ТЕСТИРОВАНИЯ НА COVID-19

ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ УЧЕНИКА

Ученик

Полное имя _____

Фамилия

Имя

Адрес _____

Улица

Город

Штат

Почтовый индекс

Индивидуальный номер ученика _____

Дата рождения _____

Пол:

Мужской

Женский

Этническая принадлежность:

Испаноязычный или
латиноамериканец

Не испаноязычный или
латиноамериканец

Отказались отвечать

Раса:

Индеец или коренной житель

Аляски

Чернокожий или афроамериканец

Гаваец или житель Океании

Белый

Другое

Наличие симптомов *:

* Спрашивать при каждом запросе

Да

Нет

ИНФОРМАЦИЯ РОДИТЕЛЕЙ/ОПЕКУНОВ

Имя родителя/опекуна _____

Телефон: _____

Эл. адрес: _____

ДАННЫЕ СТРАХОВКИ

Имя родителя/опекуна-держателя полиса _____

Страховая
компания _____

Номер
группы _____

Номер

застрахованного лица _____