

**COVID-19 Testing Form**

Client Information		
Last Name	First Name	Phone Number
Email Address		
Address	City	Zip Code
Date of Birth (MM/DD/YYYY)	Gender <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Other (please specify): _____	
Race <input type="checkbox"/> Black/African American <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> Unknown/Other		Ethnicity <input type="checkbox"/> Hispanic/Latinx <input type="checkbox"/> Not Hispanic/Latinx <input type="checkbox"/> Unknown/Other
What are the reason(s) for testing today? <i>Please check all that apply.</i> <input type="checkbox"/> Exposure to someone who tested positive with COVID-19 <input type="checkbox"/> Symptomatic (Fever, Cough, Shortness of Breath) <input type="checkbox"/> Individual over 65 years old <input type="checkbox"/> Individual with underlying health condition <input type="checkbox"/> Healthcare, first responder, or essential worker (Please show us work badge) <input type="checkbox"/> Other (Please Specify): _____		
Make/Model of Car (if applicable)		

-----STOP – DO NOT WRITE BELOW THIS LINE-----

Completed by Test Dispensing Staff	
<b>Testing Site</b> <input type="checkbox"/> LBCC-PCC <input type="checkbox"/> LBCC-LAC <input type="checkbox"/> Jordan <input type="checkbox"/> Cabrillo	<b>APT #</b>
<b>Notes</b>	

Staff Signature \_\_\_\_\_

Date

		/			/	2	0	2	0
--	--	---	--	--	---	---	---	---	---

Formulario para prueba de COVID-19

Información del cliente		
Apellido	Nombre	Numero de teléfono
Correo electrónico		
Domicilio	Cuidad	Código postal
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otro (Por favor especifique): _____	
Raza <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indígena norteamericano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo /Isleño del Pacifico <input type="checkbox"/> Otro		Etnicidad <input type="checkbox"/> Hispano/Latinx <input type="checkbox"/> No Hispano/Latinx <input type="checkbox"/> Otro
¿Cuáles son los motivos para realizar la prueba hoy? <i>Por favor marque todos los que apliquen.</i> <input type="checkbox"/> Contacto con alguna persona que tenga un caso confirmado de coronavirus (COVID-19) <input type="checkbox"/> Sintomático (fiebre, tos, dificultad respiratoria) <input type="checkbox"/> Persona mayor de 65 años <input type="checkbox"/> Individuo con condición de salud subyacente <input type="checkbox"/> Trabajador en un centro de atención de salud, personal de socorro, o trabajador esencial ( <i>muéstranos su identificación del trabajo</i> ) <input type="checkbox"/> Otro (Por favor, especifique): _____		
Modelo del caro		

----- DETÉNGASE – NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA -----

Completed by Test Dispensing Staff	
<b>Testing Site</b> <input type="checkbox"/> LBCC-PCC <input type="checkbox"/> LBCC-LAC <input type="checkbox"/> Jordan <input type="checkbox"/> Cabrillo	<b>Confirmation Number</b>
<b>Notes</b>	

Staff Signature \_\_\_\_\_

Date

		/			/	2	0	2	0
--	--	---	--	--	---	---	---	---	---