**MOBILE REGISTRATION FORM/ FORMULARIO DE REGISTRO MÓVIL**

**ATTENTION: Child must be a patient of Center for Urban Child for testing or be seen in Sick Clinic**

**ATENCIÓN:El niño debe ser un paciente del Center for Urban Child para ser examinado o ser visto en la Clínica de Enfermos**

**\_\_\_\_\_ COVID TEST ONLY** (**Patient will not be examined by a provider)**

**SOLO PRUEBA DE COVID** (**El niño no será examinado por un proveedor)**

* + COVID testing for school/daycare (Prueba COVID para la escuela / guardería)
	+ COVID Exposure at at home (en casa) \_\_\_\_ at an event (en un evento) \_\_\_\_\_
	+ Cold symptoms (Síntomas de resfriado) - - -> \_\_\_\_\_ days of symptoms (días de síntomas)
* No symptoms (Sin síntomas)
* Travel (De viaje)

**Please wait in your car with your phone ready. We will call you soon.**

**Por favor, espere en su coche con su teléfono listo. Le llamaremos pronto**

***PHONE/ TELÉFONO #*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Car Type (Tipo de coche)/Color: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PREFERRED LANGUAGE/ IDIOMA PREFERIDO: ENGLISH\_\_\_ ESPAÑOL \_\_\_\_ Other \_\_\_\_\_\_

 \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

**\_\_\_\_\_ MEDICAL EXAM/ SICK VISIT (EXAMEN POR UN MÉDICO EN LA CLÍNICA DE ENFERMO)**

PATIENT NAME: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DOB: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Reason for visit: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DOB: \_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Razon de la visit: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha de nacimiento

PATIENT NAME: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DOB: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Reason for visit: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DOB: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Razon de la visit: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha de nacimiento

**Please give this form to Sick Registration team member. He/she will call the guardian to complete the registration.**

***Por favor, entregue este formulario al miembro del equipo de Registro de Enfermos. Él / ella llamará al tutor para completar el registro.***