

Registro simplificado para la vacuna contra el COVID

Nombre Legal en ID (Apellido, Nombre)		Fecha De Nacimiento (mes/día/año)	
Dirección:	Cuidad:	Estado:	Código Postal:
Número de Teléfono:		Contacto de Emergencia:	
Correo Electrónico:		Nombre:	
Estado Civil:		Relación:	
		Teléfono:	
Raza: <i>(Se puede seleccionar una o más categorías)</i> <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra o afroamericana <input type="checkbox"/> India americana o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> De las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanca/latina <input type="checkbox"/> Blanca/no latina <input type="checkbox"/> Otra raza		Sexo que se Identifica: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Trans M/F <input type="checkbox"/> No Binario <input type="checkbox"/> Otro	
Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispana <input type="checkbox"/> No hispana		Idioma Preferido: Veterano/a <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Origen Hispano: <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Hispano en general <input type="checkbox"/> Mexicano/mexicano-americano/chicano <input type="checkbox"/> Otro español/hispano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Desconocido		Sin Hogar <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Trabajador/a agrícola <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Empleo:			
Miembros de Familia:			
Ingresos de Familia:			