



Fecha: _____

HRSA COVID-19 Programa Sin Seguro

Nombre: _____ Inicial: _____ Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Genero: _____ Numero de Seguro Social: _____

Estado de Residencia: _____ Licencia de Conducir #: _____ Fecha del Servicio: _____

Laboratorio PMH, Inc. declara que ha intentado obtener la información mencionada en la parte superior previo a someter la aplicación.

Yo certificó que el paciente no tiene aseguranza, Federal, Privada, or covertura Medicare. El status del paciente es no asegurado.

Firma del Paciente: _____

* Agregar una copia de le Licencia de Conducir y Tarjeta Del Seguro Social

