

# Patient Information Sheet

First name

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Age

--	--

Gender (F/M)

--

Last name

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Date of Birth (MM/DD/YYYY)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Street Address

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Street Address (cont.'d)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

City

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

State

--	--

Zip Code

--	--	--	--	--	--

Symptoms

--	--	--	--	--

- 1 - Coughing, sneezing
- 2 - Fever, chills, soreness of body
- 3 - Runny nose, congestion
- 4 - Sore throat
- 5 - Shortness of breath
- 6 - Inability to taste or smell
- 7 - Headache, migraine
- 8 - Nausea, indigestion
- 9 - Fatigue
- 10 - Other

Have you traveled outside of the country in the last 14 days? (Y/N)

--

Are you currently taking any prescription medication? (Y/N)

--