

1. **First Name**
Primer Nombre _____
2. **Last Name**
Apellido _____
3. **Suffix**
Sufijo _____
4. **Street Address**
Direccion _____
5. **County of Residence**
Condado donde reside _____
6. **City**
Cuidad _____
7. **Zip Code**
Código Postal _____
8. **Primary Phone Number**
Número de teléfono primario _____
9. **Secondary Phone Number**
Número de teléfono secundario _____
10. **Email Address**
Correo electronico _____
11. **Date of Birth**
Fecha de Nacimiento _____
12. **Age**
Edad _____
13. **Gender**
Genero _____
14. **Ethnicity**
Etnicidad _____
15. **Field of Work**
Campo de Trabajo _____
16. **Any underlying medical conditions**
Cualquier condición médica subyacente _____
17. **Obesity/Overweight**
Obeso/sobrepeso _____
18. **Do you have a personal vehicle that would allow you to participate in a drive-thru vaccination?** ___ Yes ___ No
¿Usted tiene un vehículo personal que le permite participar en un sitio de vacunación por medio de carro?
___ Si ___ No
19. **Do you have access to a smartphone or email?** ___ Yes ___ No
¿Usted tiene acceso a un celular en donde usted puede recibir mensajes de texto o correo electrónico?
___ Si ___ No