



Midland Memorial Hospital
ImmTrac2 info for COVID-19 Vaccine registration
(Información de ImmTrac2 para el registro de la vacuna de COVID-19)

Personal Information

Full Name (Nombre completo):	First Name (Nombre de pila)	Last Name (Apellido)	MI (Inicial de 2do Nombre)

Birth Date (Fecha de Nacimiento):	Month (Mes)	Date (Fecha)	Year (Año)

Pfizer-BioNtech

Moderna

Gender (Género):	M	F
-------------------------	----------	----------

DOSE #1 _____

DOSE #2 _____

Race/Ethnicity (Raza/Etnicidad)
<input type="checkbox"/> White (Blanco)
<input type="checkbox"/> Black (Negro o Afroamericano)
<input type="checkbox"/> Asian (Asiático)
<input type="checkbox"/> Other (Otro) _____

Phone (Teléfono):	
--------------------------	--

Address (Dirección):	Street Address (Dirección)	Apartment/Unit # (Apartamento/Número de Unidad)
	City (Ciudad)	State (Estado)
		ZIP Code (Código Postal)