



CUESTIONARIO DE DISTRIBUCIÓN COMUNITARIA DE LOS KITS DE PRUEBAS CASERAS PARA EL COVID-19

Nombre de la organización:

Tipo de organización:

1. ¿Cuáles área(s) del condado sirve su organización?

2. ¿A quién planea distribuir las pruebas su organización? (personal, población de alto riesgo, lugares de brote, etc.)

3. ¿Cómo se distribuirán las pruebas? (fecha/ubicación del evento de distribución, etc.)

Fecha y hora:		Persona que solicita:	Número de contacto preferido:
Cuándo se requiere:	Cantidad de pruebas necesarias para 4 semanas (unidades):	Comentarios:	
<i>Entiendo que nuestra organización no puede cobrar a nadie ni a su seguro el costo de los kits de prueba COVID-19 recibidos a través de este programa y que el cumplimiento de esta solicitud dependerá de la disponibilidad de las pruebas.</i>			Firma del agente autorizado de la organización solicitante

Por favor envíe a:

- E-Mail: DOC.Logistics@cchealth.org