



Apellido: Nombre: Inicial:
Direccion: Ciudad: Estado: Codigo Postal:
Numero De Seguro Social: (Opcional) Numero De Telefono:
Cuando Nacio: **Género**

**Proveedor de Atencion Medica (medico)
para que podamos contactar con ellos en
caso de que haya valores que necesitan
atencion inmediata. Por favor, introduzca
de los medicos, apellido, ciudad y estado de
c la practica.**

Por favor marque pruebas deseadas:
Perfil de Quimica \$35
Recuento Sanquineo Completo \$10
Prueba de la Prostata \$10

Nombre del médico:

TOTAL

Ciudad:

Quiere que su informe sea enviado por fax a su medico Si No

Para permitir la interpretacion mas exacta de sus resultados de Feria de Salud, por favor conteste las preguntas siguientes. El cuestionario es opcional, pero las respuestas ayudaran a su medico a saber que factores pueden contribuir a sus resultados hoy.

Como se siente usted hoy se se comparan con el modo que usted por lo general se siente?

Lo Mismo Mejor Peor

Cual fue su plato principal en la comida anoche?

Tiene usted musculos doloridos esta semana del ejercicio fisico intenso o una caida? Si No

Esta usted en la dieta de proteina alta regular? Si No

Es usted toma antiácidos? Diario Semanal Ocasionalmente Raramente Nunca

Toma usted Potasio? Si No Vitaminas con Hierro? Si No

Toma usted medicina de Tiroides? Si No Medicina para controlar su azucar? Si No

Despues de que su Proveedor de Salud ha recibido la Feria de Salud los resultados, usted puede solicitar una copia de este formulario por fax a su alcance para ayudar en su cuidado.

RECIBO DE FERIA DE SALUD

Para que usted envíe, si usted desea solicitar el reembolso de seguro. Por favor complete y corte.



**Minidoka Memorial Hospital
1224 8TH Street
Rupert ID 83350**

**Nombre:
Cuando Nacio:
Suscriptor de seguro # :
Prueba realizada: CBC \$10.00 PSA \$10.00
Perfil bioquímico con TSH y hierro \$35.00**

“Una Mejor Vida, Un Mejor Camino”

Recibido por: _____ Fecha: _____