2 de Diciembre / 3 de Diciembre (Time) _____ at CCMH 100 Medical Parkway

Crawford County Memorial Hospital 100 Medical Parkway Denison, Iowa 51442 (712) 265-2500

FORMA DE REGISTRO PARA CHEQUEO DE SALUD

Nombre_____ Fecha de nacimiento: _____/_____/_____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____ Género: (Indique) Masculino / Femenino

Height: _____

Weight: _____

Blood Pressure: _____

Entiendo que:

- Un chequeo de salud no sustituye la atención medica.
- Un chequeo de salud no tiene como finalidad diagnosticar un malestar o
- enfermedad o proporcionar indicadores absolutos de riesgo para estos.
- Es mi responsabilidad ir con mi proveedor de salud (Doctor, Enfermera Profesional,
- Asistente de Doctor) para obtener un diagnóstico de cualquier malestar o enfermedad.
- Crawford County Memorial Hospital **no** enviará una cuenta a su compañía de seguros por este servicio.
- **El pago deberá realizarse al momento de registrarse. Se aceptan tarjetas de crédito y débito.**
- Los resultados de este chequeo se consideran información de salud protegida y CCMH los mantendrá en total confidencia.

Mi responsabilidad es hacer una cita con mi proveedor de atención médica para la interpretación, discusión y seguimiento de cualquier resultado de laboratorio anormal.

Estos laboratorios requieren que este en ayunas. -Nada de comer o tomar 12 horas antes de la hora de su cita (excepto agua). Puede tomar sus medicamentos regulares con agua. Si sus medicamentos requieren ser tomados con comida, espere y tómeselos después de que le saquen sangre o hable con su proveedor médico.

Por favor indique que pruebas desea:

Bienestar (no opcional) **$45.00**

Disponible para agregar

- ☐ **$10.00** TSH
- ☐ **$20.00** PSA
- ☐ **$25.00** A1C (para pacientes con prediabetes, diabetes o antecedentes de niveles altos de azúcar en sangre)

Autorizo al personal de Crawford County Memorial Hospital (CCMH) que me saque sangre para el propósito de análisis de laboratorio. Libero a CCMH de cualquier otra obligación que no sea la de entregarme los resultados de laboratorio.

_____ _____/_____/_____

Firma Fecha

Los resultados de bienestar se le enviaran por correo en 7-10 días laborales.