

FORMULARIO DE ATENCIÓN PREVENTIVA

2026/2027

Utilice el Formulario de Atención Preventiva para presentar su comprobante de visita a cualquiera de las siguientes opciones de detección preventiva. Complete la prueba que sea más adecuada para usted, ya sea según su edad o la recomendada por su médico.

** Nota para el proveedor de atención médica: no proporcione ninguna información de salud personal (PHI) en este formulario.*

Nombre del Empleado: _____

(por favor imprimir)

Número de Empleado: _____

Oficina del Proveedor / Nombre: _____

Fecha de la Visita: _____

(Debe estar entre 9/1/2026 – 8/31/2027)

TIPO DE CRIBADO

Esta prueba de visita confirma que el paciente mencionado anteriormente recibió la siguiente atención dentro de las fechas del 1 de septiembre de 2026 al 31 de agosto de 2027.

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Examen de Bienestar de la Mujer | ☐ Examen Dental / Limpieza | ☐ Examen de Próstata |
| ☐ Mamografía | ☐ Colonoscopia | |
| ☐ Colonoscopia | ☐ Examen de la Vista (Ojos) | |

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR

Certifico que el paciente mencionado anteriormente recibió el(los) examen(es) indicados en este formulario.

Firma del Proveedor: _____

Fecha: _____

