

2025 – 2026

Preventive Care Form

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 9/1/2025 – 8/31/2026)

Esta **prueba de visita** confirma que el paciente mencionado anteriormente recibió la siguiente atención preventiva:

TIPO DE CRIBADO

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Examen de Bienestar de la Mujer | ☐ Examen Dental / Limpieza | ☐ Examen de Próstata |
| ☐ Mamografía | ☐ Revisión de la Piel | |
| ☐ 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:** _____

