

# 2024 Forma Anual de Bien Estar

*Durante su examen anual de bien estar, analice estas importantes medidas con su médico:*

Colesterol	Altura	Peso
HDL & LDL Niveles	Presión Arterial	Glucosa

**POR FAVOR NO ENVÍE NINGÚN RESULTADO**

**Para ser completado por la oficina de su doctor (Por favor letra de imprenta)  
Certificación de la Oficina del Doctor**

Yo certifico que he examinado:

\_\_\_\_\_  
Paciente Nombre y Apellido

\_\_\_\_\_  
Fecha

Esposo/a de:

\_\_\_\_\_  
(Nombre del empleado/a)

Se informó al paciente sobre los resultados de este examen de bien estar:

- ✓ Presión Arterial chequeada y resultados discutidos
- ✓ Examen de sangre y/o Exámenes de diagnóstico completados
- ✓ HDL y LDL colesterol chequeado y resultados discutidos
- ✓ Manejo de peso discutido
- ✓ Métodos para dejar de fumar discutidos (si aplica)

Nombre del Doctor Examinador:

\_\_\_\_\_  
Nombre y Apellido (Letra Imprenta)

\_\_\_\_\_  
Firma

Dirección y Número de Teléfono del Médico:

**NO ENVÍE NINGÚN RESULTADO**

**DEVUELVA ESTE FORMULARIO: FAX (813) 652-8702 o CORREO  
ELECTRONICO [hr@comanco.com](mailto:hr@comanco.com)**



**PROMOVIENDO BUENA SALUD EN EL TRABAJO**