

2025 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**



PROMOVIENDO BUENA SALUD EN EL TRABAJO