



SEGUIMIENTO DE MI PROGRESO

Guarde este formulario en un lugar visible para que lo recuerde.

TODAS LAS PRUEBAS APROPIADAS DEBEN SER COMPLETADAS ANTES DE RECIBIR UNA CITA DE EVALUACIÓN. POR FAVOR, ENVÍE ESTE FORMULARIO POR FAVOR AL 702-383-3035 CUANDO ESTÉ COMPLETADO.

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

TODAS LAS PRUEBAS NO DEBEN SER MAYORES DE 12 MESES.

• **Colonoscopia**

o Fecha del examen: _____

o Nombre del médico: _____

o Teléfono: _____ Fax: _____

• **Mamografía**

o Fecha del examen: _____

o Nombre del médico: _____

o Teléfono: _____ Fax: _____

• **Prueba de Papanicolaou**

o Fecha del examen: _____

o Nombre del médico: _____

o Teléfono: _____ Fax: _____

• **Examen dental**

o Fecha del examen: _____

o Nombre del médico: _____

o Teléfono: _____ Fax: _____

• **Registros de inmunización**

o Hepatitis A x 2 dosis: Dosis Fecha # 1: _____ Fecha Dosis # 2: _____

o Tétanos (TDAP): Fecha _____

o Neumonía: Fecha _____

o Hepatitis B x 4 dosis: Dosis # 1: _____ Dosis # 2: _____ Dosis # 3: _____ Dosis # 4 _____

o Vacuna contra la gripe: Fecha _____