

SEGUIMIENTO DE MI PROGRESO

Mantenga este formulario en un lugar visible para que no se le olvide.

**SE DEBEN REALIZAR TODAS LAS PRUEBAS PERTINENTES ANTES DE
CONCERTAR UNA CITA PARA LA EVALUACIÓN. ENVÍE ESTE FORMULARIO Y
LOS RESULTADOS DE LAS PRUEBAS POR FAX AL 702-383-1876 UNA VEZ CUMPLIMENTADOS.**

- Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

- **Colonoscopia**
 - Fecha del examen: _____
 - Nombre del médico: _____
 - Teléfono: _____ Fax: _____

- **Mamografía**
 - Fecha del examen: _____
 - Nombre del médico: _____
 - Teléfono: _____ Fax: _____

- **Papanicolaou**
 - Fecha del examen: _____
 - Nombre del médico: _____
 - Teléfono: _____ Fax: _____

- **Examen odontológico**
 - Fecha del examen: _____
 - Nombre del médico: _____
 - Teléfono: _____ Fax: _____

- **Cartilla de vacunación**
 - Hepatitis A x 2 dosis: Fecha de la dosis n.º 1: _____ Fecha de la dosis n.º 2: _____
 - Hepatitis B x 4 dosis: Dosis n.º 1: _____ Dosis n.º 2: _____
 - Dosis n.º 3: _____ Dosis n.º 4: _____
 - Vacuna contra la gripe: Fecha _____
 - Vacuna contra la neumonía: Fecha _____
 - Vacuna contra el tétanos (TDAP): Fecha _____