

Estimado paciente: Debido a los requisitos reglamentarios, no podemos proporcionar los resultados de su laboratorio a su proveedor de atención médica familiar. Solo se enviarán los resultados del laboratorio a la firma del proveedor a continuación. El proveedor que firma este formulario puede contactarlo con respect a valores criticos fuera del rango estandar.

**Este simbolo requiere su respuesta.*

*Apellido: *Nombre: *Medio Inicial:

*Fecha de Nacimiento: *Numero Tel: Ultimo 4 numeros de SSN:

*Direccion: *Ciudad: * Estado:

*Masculino/Femenino: *Codigo Postal:

***POR FAVOR SELECCIONE LAS PRUEBAS DESEADAS:**

- \$60.00 Perfil de la feria de salud
- \$25.00 Testosterona total
- \$15.00 Antigeno postatico especifico
- \$30.00 Glucohemoglobina (A1C)
- \$50.00 Vitamina D-25OH
- TOTAL**

Firma del proveedor: _____

Date: _____

Las pruebas de Laboratorio que esta realizando hoy corresponden a una categoria espeicial y estan sujetas a las siguientes condiciones:

- El pago (efectivo/cheque personal/tarjeta de crédito) es requerido al momenta del sevicio.
- Las companias de seguros, Medicare y Medicaid **NO ACEPTAN** facturas iniciadas por el paciente, que incluye ferias de salud, por lo tanto, Minidoka Memorial Hospital **NO FACTURA.** o propociona información de facturación, para las pruebas iniciadas por el paciente.
- Se envira una copia de los resultados de su laboratorio a la dirección que usted ponga en esta forma.

LOS RESULTADOS NO PUEDEN SER ENVIADOS A SU MEDICO.



Minidoka Memorial Hospital
1224 8th Street
Rupert, ID 83350

HEALTH FAIR RECEIPT

Name:

Birth Date:

Received by:

Date:

Tests performed:

- Health Fair Profile: \$60.00
- Total Testosterone: \$25.00
- PSA (Men only): \$15.00
- Glycohemoglobin (A1C): \$30.00
- Vitamin D-25OH: \$50.00

Total Due:

Not valid after last day of health fair

Print Form