****

Updated 11.2019

**Health Fair Registration Form**

**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 require su respuesta.

\*Apellido: \*Nombre: \*Medio lnicial:

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

\*Direccion: \*Ciudad: \* Estado:

\*Masculino/Femenino: \*Codigo Postal:

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

$55.00

$25.00

$15.00

Perfil de la feria de salud Testosterona total

Antigeno postatico especifico

$25.00 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 cr6dito) 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 informaci6n de facturaci6n, para las pruebas

iniciadas por el paciente.

* Se envira una copia de los resultados de su laboratorio a la direcci6n que usted ponga en esta forma.

**LOS RESULTADOS NO PUEDEN SER ENVIADOS A SU MEDICO.**

**HEALTH FAIR RECEIPT**



Minidoka Memorial Hospital

1224 8th Street

Rupert, ID 83350

Received by:

Name:

Birth Date:

Date:

**Tests performed:**

□ Health Fair Profile: $55.00

□ Total Testosterone: $25.00

□ PSA (Men only): $15.00

□ Glycohemoglobin (AIC): $25.00

□ Vitamin D-25OH: $50.00

**Total Due:**

***Not valid after last day of health fair***

Print Form