



Formulario de datos del cliente del Colesterol

Check _____

Cash _____

Sex: Femenino Masculino

FECHA DE NACIMIENTO: _____
mes día ano

NOMBRE (impresión) _____
Apellido Primer Nombre

DIRECCION (numero/calle) _____

CIUDAD _____ ESTADO _____ CODIGO POSTAL _____ TELEFONO _____

CONSENTIMIENTO PARA MUESTRA DE SANGRE:

Yo consiento que tomen una muestra de sangre con el propósito de determinar el nivel de mi colesterol. La muestra se mantendrá confidencial. Menor de 18 años se requiere firma de los padres.

Firma

Padre/Guardián

Fecha de ahora

Como te enteraste de la clínica de hoy?

- Sitio web de CDHD
- Amigo o familiar
- Redes sociales
- Otro _____
- Calendario de la comunidad

Cuanto tiempo ayunaste? _____

_____ / _____ BP Reading
