

HEALTH SCREEN REGISTRATION

In order to participate in the Rice Medical Center Health Screen, some personal information must be provided.

Name _____

Date of Birth _____ / _____ / _____
month day year

SEX M F

Social Security Number _____

Phone Number _____

Mailing Address _____

City _____ Zip Code _____

Alternate person we can call if we can't get in touch with you concerning lab results:

Name _____

Relationship _____

Phone Number _____

Mailing Address _____

City _____ Zip Code _____

Doctor to have results sent to: _____

Doctor's Fax Number _____

It is not required that a physician be provided to report values to; however, the law requires us to report extremely elevated results to a medical professional for follow-up. If a physician is not provide and some test values are extremely abnormal and/or life threatening, these extremely abnormal values will be reported to our staff Nurse Practitioner. We will report only extremely elevated or life threatening values to the Nurse Practitioner if a physician is not provided. The Nurse practitioner will contact you to make sure you take necessary steps for your health and safety.

Due to the cash payment upon service rendered nature of this testing, Physicians cannot request add-on tests on Health Screen specimens without the patient approving by returning to the facility and paying in advance for the added-on testing.

The Lab Staff cannot, by law, interpret results other than providing normal ranges. If you have questions about your results, you must contact a physician to interpret the results for you.

Signature _____

HEALTH SCREEN REGISTRATION (Spanish)

Para participar en la pantalla de salud de Rice Medical Center, se debe proporcionar cierta información personal.

Nombre _____

Fecha de Nacimiento _____ / _____ / _____ El Sexo M F
mes día año

Número de Seguridad Social _____

Número de Teléfono) _____

Dirección de Correo _____

Ciudad _____ Código Postal _____

Persona alternativa que podemos llamar si no podemos contactamos con usted en relación con los resultados de laboratorio:

Nombre _____

Relación _____

Número de Teléfono) _____

Dirección de Correo _____

Ciudad _____ Código Postal _____

Medico para que los resultados sean enviados a: _____

Doctor's Fax Number (El número de fax del médico) _____

No es necesario que un médico sea proporcionada a los valores del informe; sin embargo, la ley nos obliga a informar extremadamente elevado de resultados a un profesional médico para su seguimiento. Si un médico no es facilitar y algunos valores de prueba son extremadamente anormales y/o ponen en peligro la vida del paciente, estos sumamente valores anormales será reportada a nuestra enfermera practicante. Informaremos sólo son extremadamente elevados o amenazar la vida valores para el practicante de la enfermera si un médico no es proporcionada. El practicante de la enfermera se pondrá en contacto con usted para asegurarse de que tome las medidas necesarias para su seguridad y salud.

Debido a que el pago en efectivo al servicio prestado, la naturaleza de esta prueba, los médicos no pueden solicitar add-on pruebas en pantalla Condición especímenes sin que el paciente la aprobación por regresar a la planta y el pago por adelantado para el agregado de las pruebas.

El personal de laboratorio, no pueden, por ley, interpretar los resultados, además de proporcionar los rangos normales. Si usted tiene preguntas acerca de sus resultados, usted debe ponerse en contacto con un médico para interpretar los resultados para usted.

Su Firma _____