



Dawson Geophysical Company

CONTROL PREVENTIVO DE BIENESTAR Formulario de Confirmación de Evaluación Médica Para el Descuento Premium Médico

PARTE I: INSTRUCCIONES

- Use este formulario para reportar su examen físico anual preventivo 2026 y las evaluaciones recomendadas por edad / sexo con su médico de atención primaria. Lleve este formulario con usted a su visita al médico para asegurarse de que solo se lleven a cabo los exámenes preventivos necesarios y los componentes de detección. **Dígale a su médico que esta es una visita preventiva al 100%**. Tendrá que hacer una cita por separado si necesita tratamiento para cualquier otra condición.
- Debe ayunar (no consumir alimentos ni bebidas a excepción de agua) **por 9 horas** antes de su visita, a fin de obtener un resultado certero de sus pruebas.
- Durante su cita, pida al médico que firme la Sección del médico.
- Una vez haya completado el formulario, fotocopíelo y guarde la copia para sus archivos.
- Proporcionar a Recursos Humanos a más tardar el 1 de octubre de 2026 (correo electrónico hr@dawson3d.com | fax 432-818-2888 | teléfono 432-684-3096)

PARTE II: SECCIÓN DEL PACIENTE

_____/_____/_____ **Genero:** Masculino Femenino
Nombre **Fecha de nacimiento**

Soy un Empleado Cónyuge de un empleado Si no es un empleado, proporcione el nombre y la fecha de nacimiento de su cónyuge:

_____/_____/_____ _____
Nombre del empleado **Fecha de nacimiento del empleado** **ID de empleado**

PARTE III: SECCIÓN DEL MÉDICO

Seleccione todas las opciones relacionadas con este paciente:

Se realizó un examen físico anual 100% preventivo. **Para este examen de bienestar, el médico / proveedor de atención médica está autorizado a realizar estos y SOLAMENTE estos servicios 100% preventivos:** tome altura, peso y presión arterial y evalúe los factores de riesgo del síndrome metabólico a través de un análisis de sangre preventivo y de rutina para colesterol HDL, glucosa y niveles de triglicéridos.

Fecha del servicio: _____

Se realizó una **mamografía** (se lleva a cabo a mujeres de 40 años de edad o antes según lo recomendado por el médico);
 No se realizó una mamografía porque a la paciente no le corresponde este análisis en este momento.

Fecha del servicio: _____

Se realizó una **prueba de Papanicolaou** (se lleva a cabo a mujeres de 21 a 65 años de edad o lo recomendado por el médico)
 No se realizó una prueba de Papanicolaou porque a la paciente no le corresponde este análisis en este momento.

Fecha del servicio: _____

Se realizó una **colonoscopia** (se lleva a cabo a mujeres y hombres de 45 años de edad en adelante o antes según lo recomendado por el médico)
 No se realizó una colonoscopia porque al/a la paciente no le corresponde este análisis en este momento.

Fecha del servicio: _____

Nombre del médico (en letras de molde)

Número de identificación tributaria del médico

Firma del médico

Fecha

PARTE IV: FIRMA DEL PACIENTE

Firma del paciente

Fecha