



Guy W. Neff, MD, MBA, FAASLD
6230 University Pkwy, Suite 201/203
Sarasota, FL 34240
~

6842 International Center Blvd
Ft. Myers, FL 33912
Phone: 941-500-3200 Fax: 941-500-4680

Consentimiento para tomarle la presión, Piccolo (examen de sangre), azúcar, altura, peso y circunferencia de cintura

Nombre: _____

Género: Hombre Mujer

Estoy dando consentimiento para que me tomen la presión, saquen sangre (piccolo), tomen el nivel de azúcar en mi sangre, altura, peso y circunferencia de cintura. Entiendo que estos servicios son ofrecidos como un programa de educación y recibiré los resultados.

Nosotros no ofrecemos tratamiento o recetas para estos servicios, pero le alertamos para que le lleve estos resultados a su médico de cabecera.

Firma _____

Fecha _____

To be completed by Screener:

BP Reading: _____/_____*

Please circle the most appropriate category based on screening result:

Ideal: $\leq 120/80$

Moderate Risk: 120-139/80-89

High Risk: 140-159/90-99

Extreme Risk: 160/100+

*(150-200 please see primary care physician)
(Over 200 please go to Emergency room immediately)
(Diastolic over 120 emergency room immediately)

Blood Sugar Reading: _____*

*(Over 500 Please see your primary care physician)
(Over 1000 Seek medical attention immediately)

Weight: _____

Height: _____

Waist Measurement: _____