

- Por favor, rellene esta tarjeta. Envíelo por correo al laboratorio en el sobre provisto con el kit FIT.
- Asegúrese de que el sobre contenga esta tarjeta y el vial con su muestra (heces/caca).
- Es importante devolver el kit dentro de las 24 horas posteriores a la recolección de la muestra.

Primer Nombre: _____

Apellido: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____
Mes Día Año

Dirección: _____
Código

Ciudad: _____ Estado: NE Postal: _____

El teléfono: (____) _____

El Kit #: _____

Fecha de recogida de la muestra: ____/____/____

La fecha en que se envió el kit por correo: ____/____/____

- Por favor, rellene esta tarjeta. Envíelo por correo al laboratorio en el sobre provisto con el kit FIT.
- Asegúrese de que el sobre contenga esta tarjeta y el vial con su muestra (heces/caca).
- Es importante devolver el kit dentro de las 24 horas posteriores a la recolección de la muestra.

Primer Nombre: _____

Apellido: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____
Mes Día Año

Dirección: _____
Código

Ciudad: _____ Estado: NE Postal: _____

El teléfono: (____) _____

El Kit #: _____

Fecha de recogida de la muestra: ____/____/____

La fecha en que se envió el kit por correo: ____/____/____

- Por favor, rellene esta tarjeta. Envíelo por correo al laboratorio en el sobre provisto con el kit FIT.
- Asegúrese de que el sobre contenga esta tarjeta y el vial con su muestra (heces/caca).
- Es importante devolver el kit dentro de las 24 horas posteriores a la recolección de la muestra.

Primer Nombre: _____

Apellido: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____
Mes Día Año

Dirección: _____
Código

Ciudad: _____ Estado: NE Postal: _____

El teléfono: (____) _____

El Kit #: _____

Fecha de recogida de la muestra: ____/____/____

La fecha en que se envió el kit por correo: ____/____/____

- Por favor, rellene esta tarjeta. Envíelo por correo al laboratorio en el sobre provisto con el kit FIT.
- Asegúrese de que el sobre contenga esta tarjeta y el vial con su muestra (heces/caca).
- Es importante devolver el kit dentro de las 24 horas posteriores a la recolección de la muestra.

Primer Nombre: _____

Apellido: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____
Mes Día Año

Dirección: _____
Código

Ciudad: _____ Estado: NE Postal: _____

El teléfono: (____) _____

El Kit #: _____

Fecha de recogida de la muestra: ____/____/____

La fecha en que se envió el kit por correo: ____/____/____