FORMULARIO DE PRUEBA DE SALUD REQUERIDO- MONTEFIORE

Si recibió los resultados de laboratorio de un proveedor durante los últimos 6 meses, complete este formulario para determinar la elegibilidad y / o actualizar los resultados de la evaluación inicial en el Programa Asociado de Mejoramiento de la Salud. Por favor escanee y suba su formulario completado a https://montefiore.uswellness.com o envíelo por fax al 301-337-3232. El recibo de su solicitud será confirmado dentro de dos días de negocia al correo electrónico proporcionado a continuación (por favor, escriba claramente y permita correos electrónicos de uswellness.com).

PASO 1: Dar información demográfica

Primer Nombre

Apellido

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

EZ-ID

Fecha de Nacimiento: (Mes) (Dia) (Año)

Gender: Hembra Hombre Otro

( ) Número de Teléfono

Dirección de Correo Electrónico *(para recibir la verificación por correo electrónico de que el formulario fue recibido por US Wellness)*

PASO 2: Firmar el consentimiento

Autorizo que la información de salud individualmente identificable proporcionada en este formulario pueda ser liberada y mantenida por US Wellness y Cerner Wellness para los usos y divulgaciones permitidos de entidades cubiertas bajo la Regla de Privacidad de HIPAA federal. Autorizo que US Wellness puede contactarme sobre asuntos de salud con este programa de exámenes de salud.

X _____

Firma del Empleado (REQUISITO) Fecha

PASO 3: Para ser completado por la oficina del proveedor

EMBARAZO ◯ **Si** ◯ **No**

Tenga en cuenta: Se requiere la firma y el sello del proveedor de atención médica.

Colesterol

Colesterol Total*

Colesterol HDL

Colesterol LDL*

Triglicéridos

¿El paciente estaba ayunando más de 8 horas antes de esta prueba? ◯ Si ◯ No

Fecha de la prueba: (Mes) (Dia) (Año)

Glucosa and HbA1c

Glucosa

***HbA1c** %

¿El paciente estaba ayunando más de 8 horas antes de esta prueba? ◯ Si ◯ No

Fecha de la prueba: (Mes) (Dia) (Año)

Circunferencia de la cintura

pulgadas

Fecha de la prueba: (Mes) (Dia) (Año)

Presión Sanguínea

Sistólica* /

Diastólica*

Fecha de la prueba: (Mes) (Dia) (Año)

Altura* (Pies) (Pulgadas)

Peso* (lbs)

Fecha de la prueba: (Mes) (Dia) (Año)

* Indica las medidas requeridas para recibir crédito en el Programa de Mejoramiento de la Salud del Asociado.

Nombre del proveedor de atención médica (REQUERIDO) Número de teléfono

Firma y sello del proveedor de atención médica (REQUERIDO) Fecha

PASO 4: Para ser completado por el asociado (recomendado) o la oficina del proveedor

Escanee o suba su formulario completo a https://montefiore.uswellness.com o envíelo por fax al 301-337-3232. La confirmación por correo electrónico se enviará a la dirección de correo electrónico dentro de dos días de negocio.

Montefiore USWellness