

# FORMULARIO MÉDICO – MICHAELS

Si usted ha completado su examen preventivo y análisis de laboratorio el 1º de mayo de 2020 o después, necesitas que su médico complete paso 3 al final del formulario para evitar recargo en su prima médica de 2021 empezando el 1º de julio de 2021. Por favor escanee y suba el formulario a <https://michaels.uswellness.com> el 30 de abril de 2021 o antes. Recibo de su formulario será confirmado dentro de dos días hábiles a la dirección de correo electrónico indicado debajo. (por favor escriba claramente y permite correo electrónico de uswellness.com)

## Paso 1: Para ser completado por miembro del equipo

Nombre										Apellido											
Dirección																					
Ciudad										Estado		Código postal									
Fecha de Nacimiento:		(Mes)		(Día)		(Año)						Sexo:		Femenino		Masculino		Número telefónico			
Dirección de correo electrónico (para recibir verificación por correo electrónico de US Wellness)																					

## Paso 2: Para ser completado por miembro del equipo

Comprendo que cualquier información individualmente identificable, relacionada con mi salud, obtenida durante este programa de exámenes puede ser entregada con o conservada por US Wellness. Comprendo y autorizo que US Wellness comparta mi información individualmente identificable, relacionada con mi salud, Aetna Inc. (solamente para miembros de Aetna) para el propósito de proveer servicios de bienestar. Entiendo que mi información individualmente identificable, relacionada con mi salud, no será compartida con mi empleador. Autorizo que US Wellness y Aetna Inc. me contacten y que mi información será manejada de acuerdo con los usos y las declaraciones permitidas de las entidades cubiertas por la siguiente ley federal: Código de Portabilidad el Seguro de Salud y Contabilidad ("HIPAA").

X

Firma del miembro del equipo (FIRMA REQUERIDA)

Fecha

## Paso 3: Para ser completado por su médico \*información requerida

To be completed by physician \*required fields

PREGANT:  Yes  No  
(EMBARAZADA)

### Cholesterol\* (Colesterol)

Total Cholesterol\*  
(Colesterol Total)

HDL Cholesterol\*  
(Colesterol HDL)

LDL Cholesterol\*  
(Colesterol LDL)

Triglycerides\*  
(Triglicéridos)

Was patient fasting for more than 8 hours prior to this test?  
(¿El paciente estaba en ayuna por más de 8 horas antes del examen?)  Yes  No

Date of Test (Fecha del Examen):  
       
(Month) (Day) (Year)

### Glucose (Blood Sugar)\* (Glucosa (azúcar en la sangre))

Was patient fasting for more than 8 hours prior to this test?  
(¿El paciente estaba en ayuna por más de 8 horas antes del examen?)  Yes  No

Date of Test (Fecha del Examen):  
       
(Month) (Day) (Year)

### Blood Pressure\* (Presión Arterial)

Systolic\*    /

Diastolic\*

Date of Test (Fecha del Examen):  
       
(Month) (Day) (Year)

Height\*:  
(Altura)    (Feet)   (Inches)

Weight\* (lbs):  
(Peso (en libras))

Date of Measurement (Fecha de Medida):  
       
(Month) (Day) (Year)

Physician Name (Nombre de médico)

Physician Signature (Firma de médico)

Phone Number (Número telefónico)

Date (Fecha)

**Paso 4: Para ser completado por miembro del equipo** Escanear y subir el formulario a <https://michaels.uswellness.com> a las 11:59pm EST del 30 de abril de 2021 o antes. Recibo de su formulario será confirmado dentro de dos días hábiles a la dirección de correo electrónico indicado en el formulario.