



Formulario de Visita Médica

Subir su formulario a michael.uswellness.com o envíelo vía fax a 240-477-1636 el 6/30/2024 o antes.

Nombre:

Apellido:

Fecha de nacimiento :

Entiendo que la información de salud individualmente identificable proporcionada en esete formulario pueda ser liberada y mantenida por US Wellness con proveedores externos contratados o designados por mi empleador para: (a) informarme sobre programas relevantes relacionados con la salud y edcacion para la salud, (b) administrar cualquier incentive ofrecido por mi empleador o con el fin de brindar servicios y análisis de beinestar. Entiendo que mi información no será compartida con mi empleador. Autorizo que US Wellness se comunique conmigo y que mi información se administre de acuerdo con los usos y divulgaciones permitidos por las entidades cubiertas por la regla federal de privacidad HIPAA. Puedo revocar esta autorización mediante comunicación escrita a privacy@uswellness.com. La revocación de este consentimiento se aplicará al intercambio de datos que aún no se haya producido en el momento de la revocación. Al firmar a continuación, reconozco que he leído, entiendo y acepto todas las declaraciones en este formulario de consentimiento.

Participante Firma: _____ Fecha: _____

To be completed by physician office

Diagnosed Diabetic Yes No

PREGNANT Yes No

<p>Cholesterol</p> <p>Total Cholesterol <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>HDL Cholesterol <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>LDL Cholesterol <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>Triglycerides <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>Patient fasting? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>Date of Test: <input type="text"/><input type="text"/> (Month) <input type="text"/><input type="text"/> (Day) <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> (Year)</p>	<p>Glucose or HbA1c</p> <p><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> <input type="text"/><input type="text"/> . <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>Patient fasting? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>Date of Test: <input type="text"/><input type="text"/> (Month) <input type="text"/><input type="text"/> (Day) <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> (Year)</p> <p>Waist Circumference <input type="text"/><input type="text"/> . <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>Date of Measurement: <input type="text"/><input type="text"/> (Month) <input type="text"/><input type="text"/> (Day) <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> (Year)</p>	<p>Blood Pressure</p> <p>Systolic <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>Diastolic <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>Date of Test: <input type="text"/><input type="text"/> (Month) <input type="text"/><input type="text"/> (Day) <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> (Year)</p> <p>Height: <input type="text"/><input type="text"/> (Feet) <input type="text"/><input type="text"/> (Inches)</p> <p>Weight(lbs): <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>Date of Measurement: <input type="text"/><input type="text"/> (Month) <input type="text"/><input type="text"/> (Day) <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> (Year)</p>
---	---	--

Healthcare provider name:

Phone:

Healthcare provider signature:

Date: