



Health Visit Form

DEPARTMENT USE ONLY**WELLNESS SPECIALIST**

DATE: _____

INITIALS: _____

All sections of this form must be completed and signed by a licensed health professional (MD, DO, NP, PA) from your PCP's office and mailed, emailed, or faxed directly to EHP. Health Visit Forms are due by Sept. 30. Biometrics provided must be from an in person office visit.

PROVIDER INFORMATION (required)

Last Name: _____

First Name: _____ Middle Initial: _____

Office: _____

Address: _____

Telephone: (_____) _____

PATIENT INFORMATION (required)

Last Name: _____ First Name: _____ Middle Initial: _____

EHP ID: _____ Date of Birth: _____

**DATE OF EXAM
(required)** _____**BIOMETRIC DATA (required)**

Height: _____ Weight: _____ BMI: _____ Blood Pressure: _____

LAB WORK (required)

If under age 40, all individuals should have a baseline panel. If normal, repeat at age 40. For age 40 or older, cholesterol screening must be within last three years.

Date drawn: _____ LDL: _____ LDL:HDL ratio: _____

CHRONIC CONDITIONS (required)

Check Yes if patient has diagnosis. Check No if screen is negative or there is no patient history

Hypertension ☐ YES ☐ NO Check Yes if BP is at or above 140/90 or on treatment regimenDiabetes ☐ YES ☐ NO Check (if applicable): ☐ Type 1 ☐ Type 2Hyperlipidemia ☐ YES ☐ NO Check Yes if LDL is at or above 130 or on treatment regimenAsthma ☐ YES ☐ NO Check Yes if member has history of AsthmaOverweight ☐ YES ☐ NO Check Yes if BMI is 27 or aboveCurrent Nicotine use ☐ YES ☐ NO Includes smoking, chewing and/or vaping

I authorize my patient to join the applicable physical activity, Health Coaching and/or Coordinated Care Program(s) to help maintain or improve their Health Status.

Provider signature (required): _____**Please return by mail, fax or email to:**

Cleveland Clinic Employee Health Plan
25900 Science Park Drive, AC242
Beachwood, OH 44122

Email: ehphc@ccf.org
Fax: 216.448.2053

Formulario de visita médica

SOLO PARA USO DEL DEPARTAMENTO	ESPECIALISTA EN BIENESTAR
FECHA: _____	INICIALES: _____

Todas las secciones de este formulario deben ser completadas y firmadas por un profesional sanitario autorizado (médico, osteópata, enfermero, asistente médico) del consultorio de su médico de cabecera y enviadas por correo, correo electrónico o fax directamente al Plan de salud del empleado (employee health plan, EHP). Los formularios de las visitas médicas vencen el 30 de septiembre. La biometría proporcionada debe ser de una visita al consultorio en persona.

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR

Apellido: _____

Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Consultorio: _____

Dirección: _____

Teléfono: (_____) _____

INFORMACIÓN DE LA PACIENTE (obligatorio)

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Id. del EHP: _____ Fecha de nacimiento: _____

FECHA DEL EXAMEN (obligatorio)

DATOS BIOMÉTRICOS (obligatorio)

Estatura: _____ Peso: _____ IMC: _____ Presión arterial: _____

ANÁLISIS DE LABORATORIO (obligatorio)

Si tienen menos de 40 años, todas las personas deben tener un panel inicial. Si es normal, repetir al cumplir 40 años de edad. Para personas de 40 años de edad o mayores, la detección del colesterol debe haberse realizado en los últimos tres años.

Fecha de la extracción: _____ LDL: _____ Cociente LDL/HDL: _____

AFECCIONES CRÓNICAS (obligatorio)

Marque *Sí*, si el paciente tiene diagnóstico. Marque *No*, si la selección es negativa o el paciente no tiene antecedentes.

Presión arterial alta	☐ <i>SÍ</i> ☐ <i>NO</i>	Marque <i>Sí</i> , si la presión arterial es de 140/90 o superior, o en régimen de tratamiento.
Diabetes	☐ <i>SÍ</i> ☐ <i>NO</i>	Marque (si corresponde): ☐ Tipo 1 ☐ Tipo 2
Hiperlipidemia	☐ <i>SÍ</i> ☐ <i>NO</i>	Marque <i>Sí</i> , si el nivel de LDL es de 130 o superior, o en régimen de tratamiento.
Asma	☐ <i>SÍ</i> ☐ <i>NO</i>	Marque <i>Sí</i> si el miembro tiene antecedentes de asma.
Sobrepeso	☐ <i>SÍ</i> ☐ <i>NO</i>	Marque " <i>Sí</i> " si el IMC es 27 o superior.
Uso actual de nicotina	☐ <i>SÍ</i> ☐ <i>NO</i>	Incluye fumar, masticar y/o vapear

Autorizo a mi paciente a unirse a la actividad física correspondiente y/o al Programa de atención coordinada para ayudar a mantener o mejorar su estado de salud.

Firma del proveedor (obligatorio): _____

Envíe este documento por correo postal, fax o correo electrónico a:

Cleveland Clinic Employee Health Plan
25900 Science Park Drive, AC242
Beachwood, OH 44122

Correo electrónico: ehphc@ccf.org
Fax: 216.448.2053