



# Health Visit Form

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.

**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         | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | Check Yes if BP > 140/90 or on treatment regimen                                       |
| Diabetes             | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | Check (if applicable): <input type="checkbox"/> Type 1 <input type="checkbox"/> Type 2 |
| Hyperlipidemia       | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | Check Yes if LDL > 130 or on treatment regimen   |
| Asthma               | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO |  |
| Overweight/Obese     | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | Check Yes if BMI is 27 or above  |
| Current Nicotine use | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | Includes smoking, chewing and/or vaping  |

I authorize my patient to join the applicable physical activity and/or Coordinated Care Program 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

Todas las secciones de este formulario deben ser cumplimentadas y firmadas por un profesional sanitario autorizado (médico, osteópata, enfermero, asistente médico) del consultorio de su médico de atención primaria (PCP) y enviadas por correo, correo electrónico o fax directamente al Plan de salud del empleado (EHP).

## INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR

Apellido: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección del consultorio: \_\_\_\_\_  
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 es menor 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 o más, la detección del colesterol debe haberse realizado en los últimos 3 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 historial.

Hipertensión	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO	Marque "Sí" si la presión arterial es >140/90 o se encuentra en régimen de tratamiento.
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO	Marque (si procede): <input type="checkbox"/> Tipo 1 <input type="checkbox"/> Tipo 2
Hiperlipidemia	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO	Marque "Sí" si el LDL es >130 o se encuentra en régimen de tratamiento.
Asma	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO	
Sobrepeso/obesidad	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO	Marque "Sí" si el IMC es 27 o superior.
Consumo actual de nicotina	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO	Incluye tabaquismo, masticar tabaco y vapeo.

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: \_\_\_\_\_

Devuelva por correo postal a:  
Cleveland Clinic Employee Health Plan  
25900 Science Park Drive, AC242  
Beachwood, OH 44122

Correo electrónico: ehphc@ccf.org  
Fax: 216.448.2053