

Cleveland Clinic
Planes de salud del empleado (employee health plan, EHP)
Formulario de informe de visita sanitaria

Lo debe llenar un profesional sanitario con licencia (médico, enfermera, enfermero) del consultorio de su médico de cabecera y envíela por correo o fax directamente a EHP

Fecha del examen (obligatorio): _____

Información del proveedor (obligatorio):

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

Dirección de la oficina: _____

Teléfono de la oficina: () _____

Información del paciente (obligatorio):

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

ID de EHP: _____ Fecha de nacimiento: _____

Datos biométricos (requeridos):

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

Análisis de laboratorio (requerido):

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 de edad o mayores, la detección del colesterol debe haberse realizado en los últimos tres años.

Fecha de la extracción: _____ LDL: _____

Afecciones crónicas (requeridas) - Complete cada línea

(Marque S si el paciente tiene diagnóstico, marque N si la selección es negativa o el paciente no tiene historial):

Hipertensión: S _____ N _____ (Marque Sí si el BP es > 140/90 o si la pauta de tratamiento)

Diabetes: S _____ N _____ (Si procede, tipo 1 o tipo II: _____ los objetivos para la diabetes son BP < 130/80, LDL < 100)

Hiperlipidemia S _____ N _____ (Marque Sí si LDL > 130 o en régimen de tratamiento)

Asma S _____ N _____

Sobrepeso/obeso S _____ N _____ (Marque Sí si el IMC es 27 o superior)

Consumo actual de nicotina S _____ N _____ (Incluye tabaquismo, tabaco masticado 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 - (obligatorio): _____

Envíe por correo postal a:

ehphc@ccf.org Plan de salud del empleado de Cleveland Clinic
25900 Science Park Dr. / AC242
Beachwood, OH 44122

correo electrónico a:

o

por fax: 216.448.2053