



Cleveland Clinic
Employee Health Plans (EHP)
Health Visit Report Form

Must be completed by a licensed health professional (MD, DO, NP, PA) from your PCP's office and mailed or faxed directly to EHP

Date of Examination (Required): \_\_\_\_\_

Provider Information (Required):

Last name: \_\_\_\_\_ First Name: \_\_\_\_\_ Middle Initial: \_\_\_\_\_

Office Address: \_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_

Office Phone: ( ) \_\_\_\_\_

Patient Information (Required):

Last Name: \_\_\_\_\_ First Name: \_\_\_\_\_ Middle Initial: \_\_\_\_\_

EHP ID: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

Chronic Conditions (Required) - Please complete each line

(Check Y if patient has diagnosis, Check N if screen is negative or there is no patient history):

Hypertension: Y\_\_\_\_\_ N\_\_\_\_\_ (Check Yes if BP > 140/90 or on treatment regimen)

Diabetes: Y\_\_\_\_\_ N\_\_\_\_\_ (If applicable, Type 1 or Type II: \_\_\_\_\_ goals for diabetes are BP < 130/80, LDL < 100)

Hyperlipidemia Y\_\_\_\_\_ N\_\_\_\_\_ (Check Yes if LDL > 130 or on treatment regimen)

Asthma Y\_\_\_\_\_ N\_\_\_\_\_

Overweight/Obese Y\_\_\_\_\_ N\_\_\_\_\_ (Check Yes if BMI is 27 or above)

Current Nicotine Use Y\_\_\_\_\_ N\_\_\_\_\_ (Includes smoking, chewing and 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 to:

Cleveland Clinic Employee Health Plan
25900 Science Park Dr. / AC242
Beachwood, OH 44122

email to: ehphc@ccf.org

or

via fax: 216.448.2053

1/2023



**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