

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).

FECHA DEL EXAMEN (obligatorio)

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: _____

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 historia.

- | | | |
|----------------------------|---|--|
| 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
Los objetivos para la diabetes son una presión arterial <130/80 LDL <100 |
| 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: 216.44802053