



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 Goals for diabetes are BP <130/80 LDL <100
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 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: 216.448.2053