

FORMULARIO DE FÍSICA ANUAL DE EMPLOYEE WELLNESS



En un esfuerzo por apoyar la salud y el bienestar de nuestros empleados, Employee Wellness pide que todos los empleados completen un examen físico anual para ser elegibles para recibir incentivos monetarios a través de Employee Wellness. Este formulario es opcional, usted puede optar por presentar una carta de Explicación de Beneficios (EOB por sus siglas en Ingles) o una nota del médico como prueba de su examen físico anual en WellSteps.

Esta sección debe ser completada por el participante de Employee Wellness

Nombre Completo _____ EIN (6 o 7 dígitos si es un adulto designado) _____

Correo Electrónico _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____/

Al firmar a continuación, entiendo que seré elegible para ganar 150 puntos a través de WellSteps completando el Formulario de Examen Físico Anual para Employee Wellness o presentando una carta EOB o una nota del médico.

Tenga en cuenta que el envío de los resultados biométricos en la página 2 no es un paso obligatorio y es completamente voluntario. La información biométrica será revisada por el equipo de Employee Wellness y podrá utilizarse para proporcionarle información que le ayude a comprender su estado de salud actual y los riesgos potenciales, y también podrá utilizarse para ofrecerle servicios a través del programa de bienestar, como retos de empresa, seminarios, consejos para un estilo de vida saludable, coaching de salud, etc., todos ellos destinados a apoyar su bienestar.

Firma del Empleado X _____

Fecha: _____

Esta sección debe ser completada por el Médico

Firma del Médico X _____

Fecha: _____

Por favor, escriba su nombre en letra de imprenta: _____

Teléfono#: _____

Aunque no es obligatorio, si el paciente desea recibir puntos adicionales de Healthy Lifestyles por la información médica general y de vacunación que aparece a continuación, indique la fecha de cada una, si se ha completado en el último año.

Vacunación contra COVID Vacunación contra la Gripe Examen de Papanicolaou/Próstata
 Examen Prenatal Colonoscopia Mamografía

Datos biométricos opcionales a completar por el médico con el consentimiento del paciente en la página 2.

FORMULARIO DE PRUEBA BIOMÉTRICA ANUAL DE EMPLOYEE WELLNESS

Tenga en cuenta que el envío de los resultados biométricos no es un paso obligatorio y es totalmente voluntario. Datos biométricos de este cuestionario pueden ser utilizados para proporcionarle información para ayudarlo a entender su salud actual, riesgos potenciales, y también puede ser utilizado para ofrecerle servicios a través del programa de bienestar, tales como desafíos de la empresa, seminarios, consejos de estilo de vida saludable, coaching de salud y más, todo ello destinado a apoyar su bienestar. Si decide no enviar sus datos biométricos para que los revise el equipo de Employee Wellness, puede optar por enviar simplemente el formulario de examen físico anual, una carta EOB, o una nota del médico para cumplir los requisitos del programa de realización de un examen físico anual y poder optar a cualquier incentivo monetario a través de Healthy Lifestyles.



Se le concederán 50 puntos adicionales por completar la sección biométrica.

Nombre Completo _____ EIN (6 o 7 dígitos si es un adulto designado) _____

Correo Electrónico _____ Teléfono # _____

Esta sección debe ser completada por el médico con el consentimiento del paciente.

Información general:

ft in lbs
 Estatura (sin zapatos) Peso (sin zapatos)

Presión Arterial

/ mm Hg

Deseable **≤ 129/79 mm Hg**
 Elevada 130 - 139/80 - 89 mm Hg
 De alto riesgo ≥ 140/90 mm Hg

▶ La Presión Arterial mide la resistencia del flujo sanguíneo en las arterias.

Glucosa en la Sangre

mg/dL

Deseable **70 - 99 mg/dL**
 Prediabetes 100 - 125 md/dL
 Diabetes 126 mg/dL o más

▶ Niveles elevados de glucosa en sangre aumentan el riesgo de desarrollar diabetes.

Niveles de Colesterol

TOTAL mg/dL

HDL (bueno) mg/dL

LDL (malo) mg/dL

Triglicéridos mg/dL

Deseable	Elevado	Alto Riesgo
< 200	200 - 239	≥ 240
Mujer & Hombre: ≥ 60	Mujer: 50 - 59 Hombre: 40 - 59	Mujer: ≤ 49 Hombre: ≤ 39
< 130	130 - 159	≥ 160
< 150	150 - 199	200 - 499

▶ El colesterol es una sustancia de consistencia cerosa que el organismo necesita para funcionar. Un nivel alto de colesterol total y LDL, y el colesterol HDL bajo aumentan riesgo de infarto y derrame cerebral.

Triglicéridos son un tipo de grasa que se usan para almacenar energía.

Otros Riesgos para la Salud

HbA1c . %

Deseable **4 - 5,6% (no diabético)**
 Prediabetes 5,7 - 6,4% (no diabético)
 Diabetes 6,5% o más (no diabético)

▶ Hemoglobina A1c es un indicador de diabetes. **Objetivo diabético:** 7% o menos.

VER LA SIGUIENTE PÁGINA

MÉDICO: Referencia a Ofertas de Programas de Bienestar en el Lugar de Trabajo

Si resultados son fuera de rango, compruebe tratamientos recomendados.

- Health Coaching:(por favor, indique un objetivo sugerido)_____
- Programa de Prevención de la Diabetes de los CDC - Año
- Programa de Arthritis Foundation Walk with Ease - 6 semanas
- Programa de cesación del tabaco: Programa de incentivos para dejar de fumar de Healthy Lifestyles
- Clases para vivir bien: (prevención de caídas, enfermedades crónicas, dolor crónico)_____
- Otra(s) evaluación(es):_____
- Control Mensual de la Presión Arterial
- Prescripción a programa de Park RX Outdoor

Formulario que debe completar el empleado

Envíe el formulario completo subiéndolo a WellSteps o por correo electrónico a employeewellness@saltlakecounty.gov.