

# FORMULARIO DE EXAMEN FÍSICO ANUAL – MICHAELS

Si usted ha completado su examen preventivo y análisis de laboratorio el 1º de julio de 2023 o después, necesitas que su médico complete paso 3 al final del formulario para evitar recargo en su prima médica de 2022/2023. Por favor escanee y suba el formulario a <https://michaels.uswellness.com> el 30 de June de 2023 o antes. Recibo de su formulario será confirmado dentro de dos días hábiles a la dirección de correo electrónico indicado debajo. (por favor escriba claramente y permite correo electrónico de uswellness.com)

## Paso 1: Para ser completado por miembro del equipo

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Nombre

Apellido

Dirección

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Ciudad

Estado

Código postal

Fecha de Nacimiento:

(Mes)

(Día)

(Año)

(

Número telefónico

Sexo:

Femenino Masculino

Employee ID

Dirección de correo electrónico (para recibir verificación por correo electrónico de US Wellness)

## Paso 2: Para ser completado por miembro del equipo

Comprendo que cualquier información individualmente identificable, relacionada con mi salud, obtenida durante este programa de exámenes puede ser entregada con o conservada por US Wellness. Comprendo y autorizo que US Wellness comparta mi información individualmente identificable, relacionada con mi salud, Aetna Inc. (solamente para miembros de Aetna) para el propósito de proveer servicios de bienestar. Entiendo que mi información individualmente identificable, relacionada con mi salud, no será compartida con mi empleador. Autorizo que US Wellness y Aetna Inc. me contacten y que mi información será manejada de acuerdo con los usos y las declaraciones permitidas de las entidades cubiertas por la siguiente ley federal: Código de Portabilidad el Seguro de Salud y Contabilidad ("HIPPA").

X

Firma del miembro del equipo (FIRMA REQUERIDA)

Fecha

## STEP 3: To be completed by physician office (Para ser completado por su médico)

Please sign and date below to confirm your patient has completed their annual physical between 5/1/2022 and 6/30/2023.

Date of Exam:

(Month)

(Date)

(Year)

Health Care Provider Name

Phone Number

Health Care Provider Signature

Date

**Paso 4: Para ser completado por miembro del equipo** Escanear y subir el formulario a <https://michaels.uswellness.com> a las 11:59pm EST del 30 de June de 2023 o antes. Recibo de su formulario será confirmado dentro de dos días hábiles a la dirección de correo electrónico indicado en el formulario.