



Formulario de examen preventivo

¡IMPORTANTE! Debe llenarlo en inglés.

Instrucciones:

Si va a programar un examen físico preventivo con su proveedor:

- Debe completar las secciones 1, 2 y 7 y su proveedor completará las secciones 3 a 6 (según corresponda).

Envíe el formulario de examen preventivo completo antes del **11/30/2023**

- Fax: 1-877-657-4183 or Correo electrónico: saltchuk@vivacity.net

****Nota: enviar información a través de correo electrónico no se considera una forma segura de comunicación.**

SECCIÓN 1 - INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE: INGRESE SU INFORMACIÓN

Nombre										Inicial del segundo nombre	Apellido																			
Fecha de nacimiento										Sexo	Número de identificación único del empleado										Empleado/Cónyuge									
(Mes)		(Día)		(Año)						M/F	Combinación de los últimos 2 dígitos del año de nacimiento y de los últimos 4 dígitos del n.º de seguro social										E/S/E/C									
N.º de teléfono donde se lo puede ubicar durante el día (Vivacity lo llamará a este número si el formulario está incompleto)															Dirección de correo electrónico (Se enviará la confirmación a esta dirección de correo electrónico dentro de 1 semana de recibido el formulario)															

SECCIÓN 2 - OPCIONES: SELECCIONE LA OPCIÓN A, B O C

<input type="checkbox"/> Opción A: COMPLETARÉ LAS SECCIONES 3 y 5 Obtuve los valores biométricos de mis resultados de laboratorio y los ingresé en la Sección 3 del presente formulario, asegurándome de completar todas las áreas. Incluya una copia de los resultados de laboratorio si selecciona la Opción A.	<input type="checkbox"/> Opción B: MI PROVEEDOR COMPLETARÁ LAS SECCIONES 3 y 5 He consultado a mi proveedor y le he solicitado ingresar todos los valores que se mencionan en la Sección 3 y la información del proveedor en la Sección 5. Se requiere la firma del proveedor.	<input type="checkbox"/> Opción C: MI PROVEEDOR COMPLETARÁ LA SECCIÓN 4 He consultado a mi proveedor sobre una visita para atención preventiva y le he solicitado que no se divulguen mis resultados. El proveedor debe completar la Sección 4 del presente formulario. Se requiere la firma del proveedor.
--	---	--

SECCIÓN 3 - MEDIDAS CORPORALES/RESULTADOS BIOMÉTRICOS/VISITA PREVENTIVA

Altura <input type="text"/> pies <input type="text"/> pulg	Peso <input type="text"/> libras	Glucosa <input type="text"/>	En ayunas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Presión arterial <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Sistóli <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Diastóli
Colesterol HDL: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> LDL: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> TRI: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Total: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Fecha del examen <input type="text"/> (Mes) <input type="text"/> (Día) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (Año)			

NOTA: los valores de laboratorio no se aceptaran si se recopilaron antes del 11/1/2023

Los exámenes de detección para otros valores además de los que se incluyen en la sección 3 pueden estar sujetos a deducible, copago y coseguro.

SECCIÓN 4 - VISITA PARA ATENCIÓN PREVENTIVA ÚNICAMENTE: SOLO PARA PROVEEDORES

Certifico que este paciente ha realizado una visita para atención preventiva.

Firma del proveedor: _____

Fecha del examen: (Mes) (Día) (Año)

SECCIÓN 5 - INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR: INGRESE LA INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR QUE RECOPILO LOS VALORES BIOMÉTRICOS

Nombre del proveedor: _____

Número de teléfono: _____

Firma del proveedor: _____

Fecha: _____

SECCIÓN 6 - EXCEPCIONES: SOLO PARA PROVEEDOR

Si en su opinión profesional, no resulta médicamente necesario ni razonable que el paciente realice un examen biométrico, marque el casillero a continuación, firme y feche.

Certifico que el paciente no debe completar el examen biométrico, ya que no resulta médicamente necesario.

Firma del proveedor: _____

Fecha: _____

SECCIÓN 7 - FIRMA DEL PARTICIPANTE: SE REQUIERE FIRMA Y FECHA

Al firmar y enviar por fax este formulario, comprendo que mi información será compartida con el administrador del programa de bienestar correspondiente. Mis resultados individuales NO se compartirán con mi empleador. Vivacity se compromete a mantener la confidencialidad de su información médica. **Este formulario no será aceptado una firma.**

Firma del participante: _____ Fecha: _____

Este resumen de beneficios se ha traducido del inglés como una cortesía para los inscritos. Primera Blue Cross no asegura ni garantiza la exactitud de la traducción y no asume responsabilidad por inexactitudes, omisiones o errores en la traducción. Esta traducción de ninguna manera cambia los requisitos de elegibilidad, beneficios, exclusiones, limitaciones ni otras provisiones del plan de salud o del contrato en grupo. En caso de un conflicto o diferencia entre este documento traducido y la versión en el idioma inglés, prevalecerá la versión en inglés.

La discriminación está prohibida por la ley

Vivacity cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Vivacity no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Vivacity:

Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:

- Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.

- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)

Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:

- Intérpretes capacitados.

- Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con el Civil Rights Coordinator (Coordinador de Derechos Civiles).

Si considera que Vivacity no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona:

Civil Rights Coordinator — Complaints and Appeals

PO Box 91102, Seattle, WA 98111

Toll free 855-332-6396, Fax 425-918-5592, TTY 800-842-5357

Email AppealsDepartmentInquiries@LifeWiseHealth.com.com.

Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, el Civil Rights Coordinator está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación.

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

037675spa (07-2016)

043944spa (10-23-2017)



ica

olica

22



ES

an
o.



s
o sin



l
s de
te

ko.

su

ran
e en
ón: