

# Programa de incentivos para el bienestar de Atlantic Packaging

## Examen físico anual con pruebas de laboratorio/formulario de examen biométrico 2023

### AVISO AL MIEMBRO

Rellene la parte superior de este formulario y llévelo a su proveedor médico cuando complete su examen biométrico de salud. Esta actividad **debe** realizarse entre el 1 de septiembre de 2022 y el 31 de agosto de 2023 para que cuente para las actividades del Programa de Incentivos de Bienestar Atlantic Packaging 2023. **Una vez completado por su proveedor, es SU responsabilidad devolver este formulario a Marathon Health a la información de contacto que aparece a continuación.** AL COMPLETAR ESTE FORMULARIO Y ENVIARLO A MARATHON HEALTH, USTED DA SU CONSENTIMIENTO PARA QUE MARATHON HEALTH REVELE A ATLANTIC PACKAGING QUE USTED COMPLETÓ EL EXAMEN BIOMÉTRICO. No divulgaremos los resultados específicos informados en este formulario y utilizaremos los resultados solo para apoyar los servicios de salud que le proporcionamos. Puede revocar su consentimiento para esta divulgación en cualquier momento si nos envía una notificación por escrito. Su revocación no se aplicará a la información ya divulgada por Marathon Health en virtud de este formulario.

FECHA DE HOY

UBICACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE (Letra de imprenta clara)

FECHA DE NACIMIENTO

IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADO

### AVISO AL PROVEEDOR

Su paciente tiene la oportunidad de completar un cribado biométrico como parte de un programa de incentivos para el bienestar. Revise los componentes que se incluirán en el cribado. Una vez completado el cribado, rellene este formulario, fírmelo y devuélvalo al paciente. Rellene este formulario completamente.

ACTIVIDAD DEL PROGRAMA CALIFICADA	FECHA DEL EXAMEN	INICIALES DEL PROVEEDOR
EXAMEN FÍSICO ANUAL		
CRITERIOS DEL EXAMEN ANUAL DE SALUD	FECHA DE LA PRUEBA ADMINISTRADA	RESULTADOS
ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)		Altura _____ m / Peso _____ kg IMC _____ . _____
CIRCUNFERENCIA DE LA CINTURA		Valor: _____ m
PRESIÓN ARTERIAL		Valor: _____ / _____ mmHg
COLESTEROL TOTAL		Valor: _____ mg/dL
COLESTEROL HDL		Valor: _____ mg/dL
RELACIÓN ENTRE EL COLESTEROL TOTAL Y EL HDL		Valor: _____ . _____
HEMOGLOBINA A1C O GLUCOSA		Valor: _____ % o _____ mg/dL

FIRMA DEL PROVEEDOR

LETRA DE IMPRENTA (O SELLO DEL PROVEEDOR)

NÚMERO DE TELÉFONO DEL PROVEEDOR

### PLAZOS:

Los formularios deben enviarse a Marathon Health a más tardar el 31 de agosto de 2023.

ENVÍE POR FAX O POR CORREO ELECTRÓNICO SU FORMULARIO COMPLETADO AL NÚMERO DE FAX O A LA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO QUE APARECEN A CONTINUACIÓN.

Marathon Health

T: 802.419.9688

C: wellness@marathon-health.com



# Programa de incentivos para el bienestar de Atlantic Packaging

## Formulario de verificación de proveedores 2023

### AVISO AL PACIENTE

Rellene la parte superior de este formulario y llévelo a su proveedor médico cuando complete su examen preventivo o actividad de bienestar que califique. Esta actividad **debe** realizarse entre el 1 de septiembre de 2022 y el 31 de agosto de 2023 para que cuente para las actividades del Programa de Incentivos para el Bienestar de Atlantic Packaging 2023. **Una vez completado por su proveedor, es SU responsabilidad enviar este formulario a la información de contacto que aparece a continuación.** AL COMPLETAR ESTE FORMULARIO Y ENVIARLO A MARATHON HEALTH, USTED DA SU CONSENTIMIENTO PARA QUE MARATHON HEALTH REVELE A ATLANTIC PACKAGING QUE USTED COMPLETE LAS ACTIVIDADES DESCRITAS A CONTINUACIÓN. Puede revocar su consentimiento a esta divulgación en cualquier momento si nos envía una notificación por escrito. Su revocación no se aplicará a la información ya divulgada por Marathon Health en virtud de este formulario de verificación.

FECHA DE HOY

UBICACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE (Letra de imprenta clara)

FECHA DE NACIMIENTO

NÚMERO DE EMPLEADO

### AVISO AL PROVEEDOR

Su paciente tiene la oportunidad de realizar exámenes preventivos u otras actividades de salud y bienestar como parte del programa de incentivos de bienestar de su empleador o plan de salud colectivo. Rellene la siguiente sección para verificar que ha prestado servicios a este paciente.

#### Actividades calificadas del Programa de Incentivos 2023

Actividad del programa	Fecha de la actividad	Firma o sello del proveedor
Limpieza/examen dental		
Colonoscopia		
Mamografía		
Examen de próstata		
Examen de la piel		
Examen de la vista (ojos)		
Examen de la mujer		

#### PLAZOS:

Los formularios deben enviarse a Marathon Health a más tardar el 31 de agosto de 2023.

ENVÍE POR FAX O POR CORREO ELECTRÓNICO SU FORMULARIO COMPLETADO AL NÚMERO DE FAX O A LA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO QUE APARECEN A CONTINUACIÓN.

Marathon Health

T: 802.419.9688

C: [wellness@marathon-health.com](mailto:wellness@marathon-health.com)

