Programa de Bienestar

Formulario de Verificación | Fecha Límite: 31/12/2026

Four Seasons
Family of Companies

Este formulario se utiliza para verificar la realización de un examen de bienestar anual o análisis de sangre.

NOTA IMPORTANTE: Informe a su proveedor que su cita y cualquier análisis de sangre solicitado son para **atención preventiva** de rutina y deben procesarse como atención preventiva. Esto ayuda a asegurar que no se le cobre por estos servicios.

Información del paciente (Asociado o el Cónyuge):

Nombre: _____ Apellido: _____

Género: ◯ Masculino ◯ Femenino

Categoría ◯ Asociado ◯ Cónyuge (Nombre del Asociado_____)

Entiendo que la participación en este programa es voluntaria. Autorizo a mi proveedor de atención médica a divulgar la información solicitada necesaria para verificar mi participación en el programa de bienestar voluntario de mi empleador.

Firma: _____ Fecha:_____

A completar por el proveedor:

El paciente mencionado arriba está bajo mi cuidado y:

◯ **Examen de Bienestar:** ha completado un examen de bienestar anual (fecha)_____
(Este examen puede incluir un examen físico anual, mamografía, examen OB/GYN, colonoscopia o examen de próstata)

◯ **Trabajo Biométrico o de Laboratorio:** ha completado los análisis de laboratorio preventivos anuales (fecha)_____

Nombre del Proveedor: _____

Dirección del Proveedor: _____

Firma del Proveedor: _____ Fecha: _____

Escanee el código QR o haga clic en el enlace para subir este formulario completado y recibir crédito en el Programa de Bienestar 2026.