

Forma de Excepción de Mediciones Biométricas

Esta forma debe ser llenada para recibir crédito por sus mediciones biométricas cuando usted no recibe sus mediciones biométricas a través de un evento de chequeo realizado por Quartz. Laboratorios llevados a cabo fuera de las pautas federales para servicios preventivos o con fines de diagnóstico pueden estar sujetos a costos compartidos del miembro en forma de deducibles y / o coseguro.



PASO 1: SU INFORMACIÓN (REQUERIDO)

Apellido	Segundo Nombre (Nombre Legal Completo)	Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)
Dirección	Ciudad	Estado
Teléfono	Correo electrónico	Código Postal
<input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Suscriptor # _____		<input type="checkbox"/> Marque si desea confirmación vía correo electrónico
Código de la Compañía _____ <small>(Estos son los nueve dígitos del número del suscriptor y los dos dígitos del código de la persona que se encuentran en su Tarjeta de Identificación)</small>		Código de la Compañía _____ <small>(Seis dígitos; el grupo por el cual usted está sometiendo esta forma)</small>

PASO 2: RAZÓN DE LA EXCEPCIÓN (MARQUE UNA CASILLA A CONTINUACIÓN)

Seleccione una opción y complete la información requerida para la excepción.

- Estoy embarazada.** **Estoy en período de postparto (dentro de un año de la fecha del parto).** Día del Parto: _____
 Pida que su médico o proveedor de salud complete la Información del Médico o Proveedor de Salud (Sección A) Pida que su empleador complete la Información del Empleador (Sección B).
- He completado mis mediciones biométricas realizadas por mi médico o proveedor de salud dentro de este año calendario actual.** Haga que su médico o proveedor de salud complete la Información acerca de la Evaluación Biométrica (Sección C) y la Información del Médico (Sección A) Adjunte a esta forma una copia de la información verificada de su evaluación biométrica requerida en la Sección C, incluyendo su nombre y la fecha en que se realizó. **Por favor tome en cuenta que:** Las mediciones biométricas impresas de MyChart, registros médicos de otra fuente en línea o una carta membretada de su clínica son documentos aceptables. Aquellas formas que no incluyan todas las medidas biométricas y la información clínica serán regresadas para que sean completadas.
- Yo atestiguo que mis mediciones biométricas se encuentran dentro de las reglas generales médicas de acuerdo a mi médico o proveedor de salud y que no necesito un chequeo de medidas este año.** Por favor firme a continuación para atestiguar y haga que su médico o proveedor de salud complete su Chequeo de Información Biométrica (Sección C) y la Información del Médico o Proveedor de Salud (Sección A).
 Firma del Miembro _____ Fecha _____
- Soy participante de la Ley de Ausencia Familiar y Médica (FMLA, por sus siglas en inglés).** Haga que su empleador complete la Información del Empleador (Sección B).
- Me encuentro con licencia médica.** Haga que su empleador complete la Información del Empleador (Sección B).

SECCIÓN A: INFORMACIÓN DEL MÉDICO O PROVEEDOR DE SALUD

Nombre de la Clínica y el Médico o Proveedor de Salud (letra imprenta / letra molde)
Firma del Médico o Proveedor de Salud
Fecha

SECCIÓN B: INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

(La firma ES requerida para FMLA y Ausencia Médica; firma para el embarazo y el postparto es necesaria SÓLO si el médico no firma.)

Nombre de la Compañía	Firma del Empleador	Fecha
-----------------------	---------------------	-------

SECCIÓN C: INFORMACIÓN DE LA EVALUACIÓN BIOMÉTRICA (COMPLETE TODAS LAS CASILLAS A CONTINUACIÓN)

Examen / Chequeo	Resultado	Fecha del Resultado	Por Favor Marque la Casilla Correcta A Continuación Basado en su Examen
Colesterol Total			<input type="checkbox"/> En ayunas <input type="checkbox"/> Sin ayunar
Lipoproteínas de baja densidad (solo requerido si está en ayunas) (LDL, por su acrónimo en inglés)			<input type="checkbox"/> En ayunas <input type="checkbox"/> Sin ayunar
Lipoproteínas de alta densidad (HDL, por su acrónimo en inglés)			<input type="checkbox"/> En ayunas <input type="checkbox"/> Sin ayunar
Triglicéridos (solo requerido si está en ayunas)			<input type="checkbox"/> En ayunas <input type="checkbox"/> Sin ayunar
Glucosa			<input type="checkbox"/> En ayunas <input type="checkbox"/> Sin ayunar
Presión Sanguínea			
Altura (necesario para calcular IMC (índice de masa corporal; BMI en inglés))			
Peso	libras		

PASO 3: ENVÍE LA FORMA COMPLETA A QUARTZ Y CUALQUIER OTRA DOCUMENTACIÓN (SI ES APLICABLE)

Correo: Quartz, Attn: Health Screening, 2650 Novation Pkwy, Fitchburg, WI 53713
 Fax: (608) 644-2003
 Correo electrónico: Wellness@QuartzBenefits.com

Descargo de responsabilidad: Si decide enviar este formulario por correo electrónico, tenga en cuenta que muchos servicios de correo electrónico no son seguros (no están encriptados) y existe un cierto riesgo de que un tercero pueda leer o acceder a su información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés).

¿Preguntas? Pongase en contacto con un representante de Bienestar de Quartz al (800) 362-3310.

FOR OFFICE USE ONLY:

Date entered: _____ Date entered by: _____

Date audited: _____ Date audited by: _____