

WakeMed Health & Hospitals
EMPLOYEE PHYSICAL FORM FOR NON WAKEMED PROVIDER

Instructions:

1. Fred Smith Employee fills out BOTH the top of this form and the WakeMed consent.
2. Primary Care Provider fills in lab results and signs this form.
3. Both forms are submitted by **December 31 of the current year** via secure email, fax, or mail to:

Email: MobileWellness@wakemed.org

Mail: Liza MacDonald, Corporate and Community Health
3000 New Bern Ave.

Fax: 919-350-6739

Raleigh, NC 27610

Questions? Contact Liza MacDonald (se habla español) at MobileWellness@wakemed.org or 919-350-5909.

Patient Name: _____ DOB: _____

Patient Phone Number: _____ FSC ID#: _____

Patient Email: _____

****CONSENT FORM MUST BE SUBMITTED WITH THIS DOCUMENT****

BELOW IS TO BE COMPLETED BY PROVIDER

SCREENING PROCEDURE	RESULTS
Blood Pressure	
Height	
Weight	
BMI	
Waist Measurement	
Fasting Glucose or A1C%	
	Has the patient been diagnosed with Diabetes? ____ Yes ____ No
Tobacco Status	

Provider Name and Phone Number: _____

Signature of Provider: _____ Date: _____

Fred Smith Company Wellness Program and Onsite Clinic Consent/Release Form

Fred Smith Company (the "Company"), through WakeMed Corporate and Community Health ("WakeMed"), offers a wellness program and a once a week, onsite health clinic as a service to its employees.

Wellness Program. The wellness program consists of biometric wellness screenings, dietary counseling, health coaching, smoking cessation, and other wellness activities. Biometric wellness screenings consist of a fasting glucose (blood sugar) test, blood pressure measurements, height and weight assessments, waist measurement, tobacco attestation, and individual counseling. I understand that if I participate in the wellness program, WakeMed staff will review and make recommendations based on the biometric data collected by WakeMed staff or obtained from my physician and may record information about wellness program services provided to me in an electronic health record.

Data derived from biometric wellness screenings are considered preliminary only, are in no way conclusive or diagnostic, and are not intended to replace medical advice from my primary care provider. I further understand that if my test results suggest that I may be at increased risk of adverse health outcomes, it is my responsibility to initiate follow-up examination with my primary care provider. I remain responsible for my own level of participation in biometric wellness screenings. Prior to beginning or changing any exercise or diet behaviors, WakeMed staff recommend that I contact my primary care provider.

My participation will be tracked, reviewed, and reported for incentive tracking purposes. The Company will not see my individual biometric wellness screening results, but it will be informed of my participation and earned incentives and may receive a group report that includes my data in an aggregated and de-identified format. The following information may also be shared with Marsh & McLennan Agency LLC for tracking, reviewing, and reporting wellness program participation and incentives: name; date of birth; sex; and CPT codes for services received. I give my permission for my results, excluding any identifying information, to be used in compiling a group aggregate report and for program evaluation and operations purposes. I also give permission for WakeMed to mail information related to my screening, including the results of my health screening, to the address I have listed below, and I consent to receive a phone call from WakeMed regarding any high risk screening results. I acknowledge that detailed information regarding Company's wellness program, the services provided, and the use of my data is available through the Company and/or Company's health plan. I understand that my results are strictly confidential and will only be used or disclosed as outlined in this consent and wellness program materials provided by the Company and/or health plan.

_____ I consent to participate in the wellness program and understand that my participation is strictly voluntary and that I may discontinue participation at any time. I authorize WakeMed staff to perform the tests specified above or to review test results obtained from my physician. By my signature below, I acknowledge I have read and understand this consent and agree to its terms. I hereby release all organizations associated with the wellness program, including parent and affiliate companies, employees, and successors from any and all injuries or health consequences that may occur from or other activities that I may engage in as a result of my participation in the wellness program. I hereby waive for myself, my heirs, executors, and administrators any and all rights and claims arising from my participation in the wellness program.

Onsite Clinic. In addition to wellness program services, including nutrition and health coaching, the onsite clinic provides routine health services, such as visits for minor injuries and illnesses, annual physicals, vaccinations, and lab work. Payment for the onsite clinic services is provided to WakeMed by the Company and I will not be billed by WakeMed for the clinical care services provided to me at the onsite clinic. Company's provision of onsite clinic services is not a substitute for routine medical care and is not intended to replace my primary care provider. I understand that it is my responsibility to schedule an appointment with my primary care provider as needed to obtain follow-up care.

I understand that clinical care services provided by WakeMed will be documented in an electronic health record. I understand that information regarding clinical care services I receive is strictly confidential and will only be used or disclosed as required or permitted by law. I acknowledge that I have been given access to WakeMed's Notice of Privacy Practice, which describes how medical information subject to HIPAA may be used and disclosed and outlines my rights with respect to any HIPAA-protected information collected by WakeMed. I understand and agree that aggregated, de-identified information about these clinical care services (such as the number of Company employees in a given month who received onsite clinic services) may be shared with Company for operations purposes.

_____ I agree to examination, diagnosis, and treatment by WakeMed onsite clinic providers and other healthcare professionals. By my signature below, I acknowledge I have read and understand this consent and agree to its terms. I authorize WakeMed staff to perform routine health services.

Signature: _____ Date: _____

Programa de Bienestar y Clínica in Situ de Fred Smith Company
Formulario de Consentimiento/Divulgación

Fred Smith Company (la "Compañía"), a través de WakeMed Corporate and Community Health ("WakeMed"), ofrece un programa de bienestar y una clínica de salud en el lugar una vez a la semana como un servicio a sus empleados.

Programa de Bienestar. El programa de bienestar consiste en exámenes biométricos de bienestar, asesoramiento dietético, asesoramiento de salud, dejar de fumar y otras actividades de bienestar. Los exámenes biométricos de bienestar consisten en una prueba de glucosa (azúcar en la sangre) en ayunas, mediciones de presión arterial, evaluaciones de altura y peso, medición de cintura, atestación de tabaco y asesoramiento individual. Entiendo que, si participo en el programa de bienestar, el personal de WakeMed revisará y hará recomendaciones basadas en los datos biométricos recopilados por el personal de WakeMed u obtenidos de mi médico y puede registrar información sobre los servicios del programa de bienestar que se me brindan en un registro de salud electrónico.

Los datos derivados de los exámenes biométricos de bienestar se consideran solo preliminares, no son de ninguna manera concluyentes ni diagnósticos, y no pretenden reemplazar el consejo médico de mi proveedor de atención primaria. Además, entiendo que, si los resultados de mis pruebas sugieren que puedo tener un mayor riesgo de resultados adversos para la salud, es mi responsabilidad iniciar un examen de seguimiento con mi proveedor de atención primaria. Sigo siendo responsable de mi propio nivel de participación en los exámenes biométricos de bienestar. Antes de comenzar o cambiar cualquier comportamiento de ejercicio o dieta, el personal de WakeMed recomienda que me comunique con mi proveedor de atención primaria.

Mi participación será rastreada, revisada e informada para fines de seguimiento de incentivos. La Compañía no verá los resultados de mi evaluación biométrica de bienestar individual, pero se le informará de mi participación y de los incentivos ganados y puede recibir un informe grupal que incluya mis datos en un formato agregado y anonimizado. La siguiente información también puede compartirse con Marsh & McLennan Agency LLC para el seguimiento, la revisión y el informe de la participación en el programa de bienestar y los incentivos: nombre; fecha de nacimiento; sexo; y códigos CPT para los servicios recibidos. Doy mi permiso para que mis resultados, excluyendo cualquier información de identificación, se utilicen en la compilación de un informe agregado del grupo y para fines de evaluación y operaciones del programa. También doy permiso para que WakeMed envíe por correo información relacionada con mi examen de detección, incluidos los resultados de mi examen de salud, a la dirección que he indicado a continuación, y doy mi consentimiento para recibir una llamada telefónica de WakeMed con respecto a cualquier resultado de detección de alto riesgo. Reconozco que la información detallada sobre el programa de bienestar de la Compañía, los servicios prestados y el uso de mis datos está disponible a través de la Compañía y/o el plan de salud de la Compañía. Entiendo que mis resultados son estrictamente confidenciales y solo se usarán o divulgarán como se describe en este consentimiento y los materiales del programa de bienestar proporcionados por la Compañía y/o el plan de salud.

_____ Doy mi consentimiento para participar en el programa de bienestar y entiendo que mi participación es estrictamente voluntaria y que puedo interrumpir la participación en cualquier momento. Autorizo al personal de WakeMed a realizar las pruebas especificadas anteriormente o a revisar los resultados de las pruebas obtenidas de mi médico. Con mi firma a continuación, reconozco que he leído y entiendo este consentimiento y estoy de acuerdo con sus términos. Por la presente, libero a todas las organizaciones asociadas con el programa de bienestar, incluidas las empresas matrices y afiliadas, los empleados y los sucesores, de todas y cada una de las lesiones o consecuencias para la salud que puedan ocurrir u otras actividades en las que pueda participar como resultado de mi participación en el programa de bienestar. Por la presente renuncio para mí, mis herederos, albaceas y administradores a todos y cada uno de los derechos y reclamaciones que surjan de mi participación en el programa de bienestar.

Clínica en el Lugar. Además de los servicios del programa de bienestar, que incluyen asesoramiento nutricional y de salud, la clínica en el lugar brinda servicios de salud de rutina, como visitas por lesiones y enfermedades menores, exámenes físicos anuales, vacunas y análisis de laboratorio. El pago de los servicios de la clínica en el lugar es proporcionado a WakeMed por la Compañía y WakeMed no me facturará por los servicios de atención clínica que se me brindan en la clínica en el lugar. La prestación de servicios clínicos en el lugar por parte de la Compañía no sustituye la atención médica de rutina y no pretende reemplazar a mi proveedor de atención primaria. Entiendo que es mi responsabilidad programar una cita con mi proveedor de atención primaria según sea necesario para obtener atención de seguimiento.

Entiendo que los servicios de atención clínica proporcionados por WakeMed se documentarán en un registro de salud electrónico. Entiendo que la información sobre los servicios de atención clínica que recibo es estrictamente confidencial y solo se usará o divulgará según lo exija o permita la ley. Reconozco que se me ha dado acceso al Aviso de Prácticas de Privacidad de WakeMed, que describe cómo se puede usar y divulgar la información médica sujeta a HIPAA y describe mis derechos con respecto a cualquier información protegida por HIPAA recopilada por WakeMed. Entiendo y acepto que la información agregada y anónima sobre estos servicios de atención clínica (como el número de empleados de la Compañía en un mes determinado que recibieron servicios clínicos en el sitio) puede compartirse con la Compañía con fines operativos.

_____ Acepto el examen, el diagnóstico y el tratamiento por parte de los proveedores de la clínica WakeMed y otros profesionales de la salud. Con mi firma a continuación, reconozco que he leído y entiendo este consentimiento y estoy de acuerdo con sus términos. Autorizo al personal de WakeMed a realizar servicios de salud de rutina.

Firma: _____ Fecha: _____