

Biometrics Screening Results Form

Use this form to record and submit your biometrics screening results.

Please complete all required () information.*

Name* _____

Date Completed* _____

Last four digits of SS #* _____

Employer* _____

Height* _____

Weight* _____

Waist (inches) _____

Blood Pressure* _____

A1c (or Fasting Glucose)* _____

Fasting Glucose* _____

Total Cholesterol* _____

HDL _____

LDL _____

Triglycerides _____

Physician Name* _____

Physician Phone* _____

Physician Address _____

Next, submit your results one of the following ways:

- Call your Care Coordinators at (866) 686-0003;
- Go to uniteherehealth.org; click on "Care Coordinators" and then on "Enter Biometrics;"
- Mail this completed form to UNITE HERE HEALTH, P.O. Box 6020, Aurora, IL 60598-0557; or
- Fax to UNITE HERE HEALTH, (630) 236-4390

For additional information, contact your Care Coordinators at (866) 686-0003.

Note: You will need to submit your biometrics screening results as often as your doctor orders the blood tests.

This biometric screening is voluntary and confidential. Only certain UNITE HERE HEALTH (UHH) staff, vendors offering additional help to participants, the healthcare provider conducting the biometric screening and your personal provider may have access to any personal information collected (such as your blood pressure and cholesterol and blood sugar levels). No one else, including your employer and union, will have access to this or any other personal health information you provide. UHH may use your information to better understand the overall health needs of our participants. (Your notice of privacy practices has more information about how UHH keeps your information private.)

Formulario de resultados de estudios biométricos

Utilice este formulario para registrar y presentar sus resultados de estudios biométricos.

Favor de completar toda la información requerida (*).

Nombre* _____

Fecha de finalización* _____

Los últimos cuatro números de su SS#* _____

Empleador* _____

Estatura* _____

Peso* _____

Cintura (pulgadas) _____

Presión arterial* _____

A1c (o glucosa en ayunas)* _____

Glucosa en ayunas* _____

Colesterol total* _____

HDL _____

LDL _____

Triglicéridos _____

Nombre del médico* _____

Teléfono del médico* _____

Domicilio del médico _____

Luego, envíe sus resultados por una de las siguientes vías:

- Llame a sus Coordinadores de atención al (866) 686-0003;
- Visite el sitio uniteherehealth.org y haga clic en "Care Coordinators" y en "Enter Biometrics;"
- Envíe por correo el formulario completo a UNITE HERE HEALTH, P.O. Box 6020, Aurora, IL 60598-0557; o
- Fax a UNITE HERE HEALTH, (630) 236-4390

Para más información, llame a sus Coordinadores de atención al (866) 686-0003.

Nota: necesitará enviar sus resultados de estudios biométricos con la frecuencia con la que su médico le indique análisis de sangre.

Este Examen Biométrico es voluntario y confidencial. Únicamente el personal de UNITE HERE HEALTH (UHH), proveedores que ofrecen ayuda adicional a los participantes, el proveedor de atención médica que realiza el examen biométrico y su proveedor personal pueden tener acceso a cualquier información personal recopilada (tales como su presión arterial, el colesterol y los niveles de azúcar de la sangre). Nadie más, incluyendo su empleador y sindicato, tendrá acceso a esta o cualquier otra información de salud personal que usted proporcione. UHH puede usar su información para entender mejor las necesidades generales de salud de nuestros participantes. (Su aviso de prácticas de privacidad tiene más información sobre cómo UHH mantiene su información privada.)