

Instrucciones para el Formulario de la revisión de salud 2018–2019

Lleve esta página y el Formulario de la revisión de salud a su proveedor de atención médica.

Por qué importan sus números

Sus números de la revisión biométrica son una instantánea de su salud. Es una excelente manera de celebrar las cosas que hace bien, y de ver dónde le gustaría hacerlo mejor. Después de que sus resultados se envíen a RedBrick Health, los encontrará en su cuenta en línea. También recibirá sugerencias relacionadas con la salud que se adaptan a sus intereses y objetivos de salud.

¡Gane incentivos por su revisión biométrica anual!

Complete una revisión biométrica anual a través de su proveedor de atención médica y ¡gane incentivos de bienestar!

- Formulario recibido 1 de octubre de 2018 – 31 de marzo de 2019: Gane el incentivo completo de \$250
- Formulario recibido 1 de abril de 2019 – 31 de diciembre de 2019: Gane incentivo parcial de \$125*

NÓTESE: Las personas que aún no hayan ganado ningún incentivo en 2018 ganarán \$125 aún en 2018 si se recibe el formulario entre el 1 de octubre de 2018 y el 31 de diciembre de 2018.

Siga estos pasos:

Paso 1: Programe su examen anual y revisión biométrica con su proveedor de atención médica

El Formulario de la revisión de salud adjunto describe las pruebas apropiadas para su visita.

Paso 2: Complete el Formulario de la revisión de salud

Lleve el Formulario de la revisión de salud adjunto a su proveedor de atención médica. Primero, revise todas las instrucciones e información dentro de este documento, y proporcione su firma en el Formulario de la revisión de salud. Una vez que los valores de laboratorio (por ejemplo, sus niveles de colesterol y glucosa) estén disponibles, su proveedor de atención médica debe completar y firmar el Formulario de la revisión de salud.

Paso 3: Envíe el Formulario de la revisión de salud

- Hay tres maneras para entregar su formulario:
 - Cargúelo a su cuenta segura de RedBrick Health
 - Correo: RedBrick Health, P.O. Box 2260, Minneapolis, MN 55402-0260
 - Fax: 844-343-2709
- Si su proveedor envía el formulario por correo o fax, solicite una copia para sus archivos.
- Sus resultados aparecerán en su cuenta 10 días hábiles después de que se reciba el formulario.
- Para obtener el incentivo completo, RedBrick debe recibir su formulario antes del 31 de marzo de 2019.

Para obtener más información: Inicie una sesión en su cuenta en <https://cargill.redbrickhealth.com>

¿Tiene problemas para iniciar sesión en su cuenta? Por favor llámenos al 866-322-1719.

*La cantidad del incentivo parcial de Hazelton es de \$150.

Su plan de salud está comprometido a ayudarlo a alcanzar su mejor salud. Las recompensas por participar en un programa de bienestar están disponibles para todos los empleados inscritos en un plan de Cargill. Si cree que es posible que no pueda cumplir con un estándar para una recompensa en virtud de este programa de bienestar, puede calificar para la oportunidad de obtener la misma recompensa por diferentes medios. Comuníquese con nosotros al 866-322-1719 y trabajaremos con usted (y, si lo desea, con su médico) para encontrar un programa de bienestar con la misma recompensa adecuada para usted en función de su estado de salud.

Su privacidad es importante para nosotros y protegemos su información personal. ¿Desea saber más? Lea nuestra política de privacidad en Home.RedBrickHealth.com/Privacy.

Instrucciones para el Formulario de la revisión de salud 2019

Lleve esta página y el Formulario de la revisión de salud a su proveedor de atención médica.

AUTORIZACIÓN PARA USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

Esta Autorización para usar y divulgar información protegida de salud (“Autorización”) tiene como objetivo satisfacer el requisito de autorización de *Genetic Information Nondiscrimination Act of 2008* (“GINA”).

Esta Autorización está relacionada con su derecho a la privacidad de su Información protegida de salud (PHI) y con la participación en programas de bienestar voluntarios patrocinados por empleadores ofrecidos por un empleador a sus empleados y a sus dependientes calificados. Denominamos conjuntamente “Participantes” a todos los participantes calificados, incluidos los empleados y sus dependientes calificados.

RedBrick Health (“nosotros” o “nuestro”) administra los programas de bienestar voluntarios, incluidos las revisiones de salud, las evaluaciones de salud, el asesoramiento y otros servicios clínicos. Nosotros llamamos conjuntamente a todos estos tipos de programas “Servicios”.

Usted puede calificar para usar nuestros Servicios si su plan de salud, proveedor de beneficios, empleador (o el empleador de la persona a través de quien usted recibe su cobertura médica) u otro tipo similar de organización ha comprado nuestros Servicios y nos ha pedido que le proporcionemos nuestros Servicios. Nosotros llamamos conjuntamente a todos estos tipos de organizaciones “Patrocinadores”.

Nuestros Servicios son administrados de conformidad con las normas federales dentro de los Estados Unidos, que permiten que los programas de bienestar patrocinados por los empleadores busquen mejorar la salud de los empleados o evitar enfermedades. Su elegibilidad o su inscripción en el plan de salud de su empleador o el pago o reembolso por los servicios médicos no se basarán en su autorización solicitada para usar o divulgar su PHI.

1. ¿Qué es Información protegida de salud (“PHI”)?

PHI es una categoría especial de Información personal definida y protegida por *Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996* (HIPAA), una ley federal dentro de los Estados Unidos. La PHI incluye información que permite su identificación personal, como su nombre, combinada con su información médica o relacionada con su seguro de salud que se recopila o conserva en nombre de su proveedor del seguro de salud o de su proveedor de atención médica.

2. ¿Cómo se obtiene, usa o divulga PHI?

Nuestros Servicios están sujetos a esta Autorización, y su PHI se obtendrá, usará y divulgará a través de su participación en nuestros Servicios, incluidos entre otros:

- **Revisión de salud.** Los resultados de los revisiones de salud de su Proveedor de salud, de un proveedor en el lugar de trabajo o de un número de proveedores de acceso comunitario pueden ponerse a disposición a través de nuestros Servicios. Sus resultados pueden usarse para indicarle las herramientas que pueden ayudarle a alcanzar sus objetivos de salud o ayudarle a entender sus afecciones de salud actuales y los posibles riesgos. Sus resultados también pueden usarse para ofrecerle más de nuestros Servicios y, si corresponde, los servicios bajo el plan de salud de su Patrocinador. Lo invitamos a compartir sus resultados o inquietudes con su médico personal.
- **Evaluación de salud.** Nuestra evaluación de salud le pregunta sobre su historial de salud, como por ejemplo, sus números de salud, estilo de vida y afecciones que se le hayan diagnosticado. Sus respuestas pueden usarse para indicarle las herramientas de salud y bienestar que pueden ayudarle a alcanzar sus objetivos de salud o a manejar las afecciones de salud actuales y los posibles riesgos. Sus respuestas también pueden usarse para ofrecerle más de nuestros Servicios y, si corresponde, los servicios bajo el plan de salud de su empleador. Lo

Su privacidad es importante para nosotros y protegemos su información personal. ¿Desea saber más? Lea nuestra política de privacidad en Home.RedBrickHealth.com/Privacy.

Instrucciones para el Formulario de la revisión de salud 2019

Lleve esta página y el Formulario de la revisión de salud a su proveedor de atención médica.

invitamos a compartir sus resultados o inquietudes con su médico personal.

- **Servicios telefónicos y en el lugar de trabajo.** A través de Servicios tales como Asesoramiento de salud y *Next-Steps Consult™* (Consulta de próximos pasos), nuestros asesores y guías le harán preguntas sobre su estado de salud y bienestar, incluidos sus números de salud, estilo de vida, afecciones que se le hayan diagnosticado y medicamentos. Su información puede usarse para ayudarle a establecer y alcanzar sus objetivos de salud y bienestar o para ayudarle a entender su salud actual y los posibles riesgos. Su información también puede usarse para ofrecerle más de nuestros Servicios y, si corresponde, los servicios bajo el plan de salud de su empleador.

Nunca ignore el consejo de un médico ni demore en pedirlo por algo que haya leído o escuchado en nuestros Servicios.

3. ¿De qué manera está protegida la PHI?

Su PHI, incluidos los resultados de la revisión de salud, las respuestas a la evaluación de salud y las notas de asesoramiento, no se divulgará a su empleador, excepto según lo descrito en esta Autorización, y no será usada por su empleador para ningún propósito relacionado con el empleo. Su información de salud no se venderá, intercambiará, transmitirá o divulgará de ninguna otra manera, excepto hasta el grado permitido por las leyes, y no se le solicitará ni requerirá renunciar a la confidencialidad de su información de salud como condición para participar en nuestros Servicios o para recibir un incentivo.

Sólo compartiremos su información personal con entidades que tengan un derecho legal de acceder a ella, que estén obligadas a protegerla de manera similar a como estamos obligados nosotros y que ayuden en la provisión de nuestros Servicios o beneficios de salud que le brindamos. Aunque nosotros y nuestro Patrocinador podemos usar información consolidada recopilada para diseñar un programa basado en riesgos de salud identificados, la información que permita su identificación personal y que se proporciona en relación con nuestros Servicios no se divulgará a su empleador, excepto según lo permitido por las leyes. Para obtener más información, consulte nuestra Política de privacidad (<https://www.redbrickhealth.com/privacy>).

Le solicitaremos que usted acepte esta autorización cada año de su participación en nuestros servicios.

4. ¿Puede rechazar esta Autorización?

Sí. Usted tiene derecho a rechazar esta autorización. No está obligado a autorizar estas divulgaciones.

Sin embargo, autorizar estas divulgaciones es un requisito necesario para participar en nuestros Servicios. Es posible que se le haya ofrecido un incentivo por participar en todos o en algunos de nuestros Servicios, y sólo los Participantes que firmen esta Autorización y que participen en dichos Servicios recibirán ese incentivo.

Comuníquese con nosotros

Por favor, comuníquese con nosotros si tiene preguntas o preocupaciones en relación con esta Autorización

por correo electrónico al: compliance@redbrickhealth.com

por correo postal:

RedBrick Health Corporation Attn: Compliance
510 Marquette Avenue South, Suite 500
Minneapolis, MN 55402

Su privacidad es importante para nosotros y protegemos su información personal. ¿Desea saber más? Lea nuestra política de privacidad en [Home.RedBrickHealth.com/Privacy](https://www.RedBrickHealth.com/Privacy).

HEALTH SCREENING FORM

Submit this completed form by uploading it to your secure RedBrick Health account, or by fax (844-343-2709) or mail: RedBrick Health, P.O. Box 2260, Minneapolis, MN 55402-0260. Results will appear in your wellness account approximately ten business days after the form is received.

PART 1: PATIENT (Patient completes Part 1.)

First Name

Last Name

Phone -- Date of Birth mm / dd / yyyy / / Sponsor or Employer Name

By signing below, you allow your health screening to be used and disclosed as is described in the instructions that come with this form.

Patient Signature

For RedBrick use only

PART 2: HEALTHCARE PROVIDER (Provider completes Part 2.)

Healthcare Provider Phone -- NPI Date of Exam mm / dd / yyyy / /

PATIENT INFORMATION

Height feet inches Weight pounds Fasted for at least 9 hours? Yes No

METRICS: For results that are healthy for this person, but outside the guidelines range, also check the box and initial.

Waist Circumference	<input type="text"/> inches	<input type="checkbox"/>	HDL	<input type="text"/> mg/dL	<input type="checkbox"/>
BMI	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	LDL	<input type="text"/> mg/dL	<input type="checkbox"/>
Blood Pressure	<input type="text"/> mmHg	<input type="checkbox"/>	Non-HDL	<input type="text"/> mg/dL	<input type="checkbox"/>
Total Cholesterol	<input type="text"/> mg/dL	<input type="checkbox"/>	TC/HDL Ratio	<input type="text"/> mg/dL	<input type="checkbox"/>
Triglycerides	<input type="text"/> mg/dL	<input type="checkbox"/>	Notes:		
Glucose	<input type="text"/> mg/dL	<input type="checkbox"/>			

 Healthcare Provider Name (please print)

 Healthcare Provider Signature