

## Formulario de Verificación de Examen de Bienestar Anual

Este formulario verifica que un empleado ha completado un examen anual preventivo de bienestar.  
**No se debe incluir información médica personal.**

### Información del Empleado

Nombre del empleado:

Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy):

### Información del Proveedor

Nombre del proveedor:

Nombre del consultorio/clínica:

Número de teléfono:

### Verificación del Examen

**Para ser completado por un proveedor de atención médica autorizado.**

Certifico que la persona mencionada anteriormente completó un examen anual integral de bienestar o preventivo en nuestra oficina.

Fecha del examen (mm/dd/yyyy):

Firma del proveedor:

Fecha (mm/dd/yyyy):

### Declaración del Empleado

Autorizo a mi proveedor de atención médica a confirmar la fecha de mi examen de bienestar solo para fines de verificación. Entiendo que no se compartirán detalles médicos.

Firma del empleado:

Fecha (mm/dd/yyyy):

### Instrucciones para el Envío

Por favor, envíe este formulario completo en Workday antes del 30/11/2026. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con [totalrewards@schreiberfoods.com](mailto:totalrewards@schreiberfoods.com) o visite <https://www.schreibertotalrewards.com/health-wellness-wellness-incentive/> para obtener información adicional.