

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 o visite <https://www.schreibertotalrewards.com/health-wellness-wellness-incentive/> para obtener información adicional.