

Please take this form to your physician and have them complete all fields. Any field left empty may result in an automatic rejection of the form and you may not be eligible to participate in the program.

To return your completed form to Pinnacle Health Management, all forms should be faxed to **(949)-202-0773** or Emailed to: **clincasierravistahm@pinnacletpa.com**

PATIENT INFORMATION

Patient Name (as it appears on your Health Care ID Card):

Patient Email:

Patient Mobile Phone:

Patient Home Phone:

Date of Birth (mm/dd/yyyy):

Gender:

PROVIDER INFORMATION

Provider Name:

Provider Phone:

Today's Date (mm/dd/yyyy):

BIOMETRIC RESULTS

Weight:	Lbs.
Height:	Inches
Body Mass Index (BMI):	
Blood Pressure:	/
Glucose:	
Hemoglobin A1C:	
Cholesterol (optional):	Total
LDL:	
HDL:	
Was the person fasting for at least 9 hours at the time of the exam?	☐ Yes ☐ No
If no, when did they last eat or drink something other than water?	

Print Patients Name:

Print Nurse/Provider Name:

Patients Signature:

Nurse/Provider Signature:

Have your provider fill out all fields and return your completed form to Pinnacle Health Management either by fax or by email. Completed forms should be faxed to **(949)-202-0773** or Emailed to: **clincasierravistahm@pinnacletpa.com**

If this form is incomplete, it will not be processed and will be returned for further information.

Por favor, lleve este formulario a su médico y pida que completen toda la información solicitada. Información incompleta puede resultar en el rechazo automático del formulario y es posible que no sea elegible para participar en el programa. Para devolver su formulario completo a Pinnacle Health Management, todos los formularios deben enviarse por fax al **(949)-202-0773** o por correo electrónico a: **clinicasierravistahm@pinnacletpa.com**

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente (Nombre tal como aparece en la tarjeta del Plan de Salud):

Correo Electrónico del Paciente:

Número de celular:

Número de casa:

Fecha de Nacimiento:

Género:

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR

Nombre del Proveedor:

Teléfono del proveedor:

Fecha (mm/dd/aaaa):

RESULTADOS BIOMÉTRICOS

Peso:	Libras
Estatura:	Pulgadas
Índice de masa corporal (BMI):	
Presión Arterial:	/
Glucosa:	
Hemoglobina A1C:	
Cholesterol (opcional):	Total
LDL:	
HDL:	
¿La persona ayunó durante al menos 9 horas antes del examen?	☐ Sí ☐ No
Si no, cuándo fue la última vez que comió o bebió algo que no fuera agua?	

Escriba el nombre del paciente:

Escriba el nombre del enfermero / proveedor:

Firma del paciente:

Firma del enfermero / proveedor:

Pídale a su proveedor llene todos los campos y devuelva su formulario completo a Pinnacle Health Management ya sea por fax o por correo electrónico. Los formularios completos deben enviarse por fax al **(949)-202-0773** o por correo electrónico a: **clinicasierravistahm@pinnacletpa.com**

Si este formulario está incompleto, no se procesará y se devolverá para obtener más información.