



## Kapnick Strive® Well-Visit Physician Form

<b>Participant instructions:</b> Complete the top section of this form and take it to your physician to complete the bottom section. Be sure to upload a copy of this form to your Kapnick Strive portal at <a href="http://www.kapnickstrive.com/christmanco">www.kapnickstrive.com/christmanco</a> and save a copy for your records. Submit the form on the homepage of the Kapnick Strive portal under “Earn 500 points for completing your annual well-visit.”		Exam date (mm/dd/yyyy)
Participant last name	Participant first name	
Daytime telephone number	Date of birth (mm/dd/yyyy)	
Participant signature	Participant email address	

Physician signature: I verify that I completed this exam for the patient listed above.

<b>Physician instructions:</b> Please complete the information below.		
Physician last name	Physician first name	Medical license ID
Physician signature	Physician phone number	Date (mm/dd/yyyy)



## Kapnick Strive® Well-Visit Physician Form

### Kapnick Strive® Formulario de visita médica de rutina

<b>Instrucciones:</b> Complete la sección superior de este formulario y llévelo a su médico para completar la sección inferior. Cargue una copia de este formulario en su portal de Kapnick Strive en <a href="http://www.kapnickstrive.com/christmanco">www.kapnickstrive.com/christmanco</a> y guarde una copia para sus registros. Envíe el formulario en la página de inicio del portal Kapnick Strive en "Earn 500 points for completing your annual well-visit."		Fecha del examen (mm/dd/yyyy)
Apellido del participante	Nombre del participante	
Número de teléfono	Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy)	
Firma del participante	Dirección de correo electrónico del participante	

<b>Physician instructions:</b> Please complete the information below. <b>Instrucciones del médico:</b> Complete la información a continuación.		
Physician last name <i>Apellido médico</i>	Physician first name <i>Nombre del médico</i>	Medical license ID <i>Identificación de licencia médica</i>
Physician signature <i>Firma del médico</i>	Physician phone number <i>Número de teléfono del médico</i>	Date (mm/dd/yyyy) <i>Fecha (mm/dd/yyyy)</i>

Physician signature: I verify that I completed this exam for the patient listed above.

*Firma del médico: Verifico que completé este examen para el paciente mencionado anteriormente.*