



**YOUR EMPLOYEE ID (REQUIRED)\***

Employee ID# \_\_\_\_\_  
\* Mployee Central ID

**Annual Physical Examination – Physician’s Certification**

**EMPLOYEE (PATIENT) COMPLETES THIS SECTION:**

I certify that I received a physical examination on the date indicated and that I have reviewed my results with my doctor. To qualify as a physical examination, my doctor performed test and examinations appropriate for my age and gender.

Employee/Patient Name (First & Last): \_\_\_\_\_

Employee Work Location: \_\_\_\_\_ Date of Physical Exam: \_\_\_\_\_

Physician’s Full Name: \_\_\_\_\_ Physician’s Office Phone Number: \_\_\_\_\_

**I understand providing false information on this form is a violation of Masonite’s Code of Conduct and may result in disciplinary action, up to and including termination of my employment.**

**As an existing or new employee I understand that I will receive a wellness credit beginning on the first pay period that starts after this form is received by the benefits department. This credit will continue until the pay period that begins 14 months after the Date of Physical Exam above.**

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**\* Your Employee ID is 6 digits and can be found on your check stub next to your name or on the computer kiosk in Mployee Central.**

**PHYSICIAN COMPLETES THIS SECTION:**

I certify that the above named Patient has received a physical examination today or in the prior twelve months from today’s date and that I have reviewed their results with him/her. To qualify as a physical examination, I performed tests and examinations appropriate to my Patient’s age and gender. Physical Office Information (Name, Address, Phone Number):

Please Stamp

Physician Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Date of Patient’s Physical Examination: \_\_\_\_\_

**Masonite Employee:**

**Please return completed form to your local Human Resources Representative or email a scanned copy or readable photograph to [mployeecentralbenefits@onesourcevirtual.com](mailto:mployeecentralbenefits@onesourcevirtual.com). You can also fax it to 972-916-9973.**

N.º de identificación de empleado \_\_\_\_\_  
*\* Identificación de Mployee Central*

**Examen físico anual: certificación del médico**

**EL EMPLEADO (PACIENTE) DEBERÁ COMPLETAR ESTA SECCIÓN:**

Por medio del presente, certifico que me realizaron un examen físico en la fecha indicada y que he revisado los resultados con mi médico. Para que este examen cumpla con los requisitos para ser considerado un examen físico, mi médico realizó las pruebas y los exámenes adecuados según mi edad y sexo.

Nombre del empleado/paciente (nombre y apellido): \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo del empleado: \_\_\_\_\_ Fecha del examen físico: \_\_\_\_\_

Nombre completo del médico: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del consultorio del médico: \_\_\_\_\_

**Entiendo que el hecho de proporcionar información falsa en este formulario representa una violación del código de conducta de Masonite, lo que podría dar lugar a la aplicación de medidas disciplinarias, incluida la rescisión de mi contrato laboral.**

**Como empleado existente o nuevo, comprendo que recibiré un crédito de bienestar a partir del primer período de pago que se inicie luego de que el Departamento de Beneficios reciba este formulario. Este crédito seguirá teniendo vigencia hasta el período de pago que comienza 14 meses luego de la fecha del examen físico que se menciona anteriormente.**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*\* Su identificación de empleado está formada por 6 dígitos, y podrá encontrarla en el talonario de la chequera, junto a su nombre, o en la estación de computadoras de Mployee Central.*

**EL MÉDICO DEBERÁ COMPLETAR ESTA SECCIÓN:**

Por medio del presente, certifico que al paciente mencionado anteriormente le han realizado un examen físico en el día de la fecha o dentro de los doce meses anteriores a la fecha actual, y que hemos revisado juntos los resultados. Para que este examen cumpla con los requisitos para ser considerado un examen físico, realicé las pruebas y los exámenes adecuados según la edad y el sexo del paciente. Información sobre el consultorio del médico (nombre, dirección, número de teléfono):

Coloque el sello:



Firma del médico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha del examen físico del paciente: \_\_\_\_\_

**Empleado de Masonite:**

**Entregue el formulario completo a su representante local de Recursos Humanos, o bien envíe, por correo electrónico, una copia escaneada o una fotografía legible, a [mployeecentralbenefits@onesourcevirtual.com](mailto:mployeecentralbenefits@onesourcevirtual.com). También puedes enviar un fax a 972-916-9973.**