

# FORMULARIO DE EXAMEN PREVENTIVO DE DISNEY

## Programa de recompensas de bienestar



Use este formulario para informar la finalización de una actividad preventiva. Si está inscrito en una opción de plan médico de Cigna o Allegiance, sus reclamos por cuidado preventivo lo calificarán de inmediato para una recompensa de bienestar preventivo. Todos los participantes pueden usar este formulario para informar números biométricos. Después de completar la siguiente información, para obtener crédito por su actividad, puede enviar este formulario de las siguientes maneras:

**Correo:** Cigna Customer Service, PO Box 5201–5201, Scranton, PA 18505.

**Internet:** Cargue su formulario en myCigna.com.

**Fax:** Escriba “Confidential” en la primera hoja del fax y envíe el formulario al **888.467.7281**.

**Nota:** Para recibir crédito por su actividad, debe completar toda la información demográfica y seleccionar el examen preventivo que corresponda. Antes de visitar a su proveedor de cuidados de la salud y obtener una firma para verificar su finalización, debe seleccionar la actividad de cuidado preventivo que planea finalizar.

### Complete en letra de molde

Nombre:		Apellido:			Inicial del segundo nombre:	
Teléfono del trabajo:	Número de cuenta: 3207160	FDN (MM/DD/AA): / /	Núm. de seg. Social (últimos 4) □ □ □ □		Sexo:	<input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> Prefiero no divulgar <input type="checkbox"/> No binario

Cuidado preventivo: (seleccione uno)

- Examen físico  
  Mamografía  
  Evaluación del cáncer de cuello de útero  
  Evaluación del cáncer de próstata  
  Detección de cáncer de colon  
  GyO  
  Evaluación del cáncer de piel

Información de evaluación (se prefieren los datos biométricos, pero no son necesarios)

IMC		Estatura/peso (requerido)		Circunferencia de la cintura	Presión sanguínea	Triglicéridos
□ □ □	□	Pies	Pulg.	Libras	Sistólica	Diastólica
□ □ □	□	□ □	□ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □
Azúcar en sangre en ayunas	A1C	Colesterol total		Colesterol LDL	Colesterol HDL	
mg/dl	□ □ □ . □ %	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl	
□ □ □ □	□ □ □ . □ %	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	□ □ □ □	

### Verificación del médico o proveedor de cuidados de la salud

**Nota del médico o proveedor de cuidados de la salud:** Para obtener crédito para la actividad de cuidado preventivo, las personas deben completar uno de los requisitos de cuidado preventivo antes mencionados.

Su firma y fecha a continuación representan la confirmación de que ha finalizado el servicio de cuidado preventivo antes mencionado.

Fecha de la firma	Firma del médico o proveedor de cuidados de la salud	Fecha de finalización del servicio (MM/DD/AA)

¡Bien hecho! La buena salud comienza con cuidados preventivos.

**Together, all the way.®**

Todos los productos y servicios de Cigna se proveen exclusivamente mediante las subsidiarias operativas de Cigna Corporation, incluso Cigna Health and Life Insurance Company. El nombre, el logotipo de Cigna y otras marcas de Cigna son propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc. Todas las imágenes se usan solo a título ilustrativo. 897292 d 09/18 © 2022 Cigna. Algunos contenidos se proveen con licencia.

