

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 HealthcareSM, 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 520I-520I, 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
□ □ □ □	Pulg. 0	Pulg. □ □ □ □	Pulg. □ □ □ □	Systolic □ □ □ □	Diastólica □ □ □ □	mg/dl □ □ □ □
Azúcar en sangre en ayunas	Libras □ □ □ □		ATC □ □ □ □ %	Colesterol total	Colesterol LDL	Colesterol HDL
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.



Todos los productos y servicios de Cigna Healthcare se brindan exclusivamente por o a través de subsidiarias operativas de The Cigna Group.

982809SP 10/24 © 2024 Cigna Healthcare. Parte del contenido se suministra bajo licencia.

Offered by Cigna Health and Life Insurance Company.