

FORMULARIO DE EVALUACIÓN DEL BIENESTAR

Instrucciones para los pacientes y profesionales médicos

- ▶ Imprima una copia de este formulario y llévala al consultorio del médico.
- ▶ Complete la sección de Información del paciente. Responda a todas las preguntas. El formulario no se procesará si está incompleto.
- ▶ Su médico u otro profesional de la salud deberá completar la sección de Información sobre la evaluación del bienestar.
- ▶ Por favor, escriba con claridad, y no olvide agregar su firma y la fecha. Los formularios no están completos si faltan estos datos.
- ▶ Si tiene alguna pregunta puede llamarnos al número de teléfono que aparece en la parte de atrás de su tarjeta de identificación de Cigna.

Instrucciones para rellenar

A	B	C	D	E	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Rellene así \rightarrow ●

No así \rightarrow ⊗

Puede enviar los formularios por:

CORREO: Cigna Customer Service
PO Box 5201-5201
Scranton, PA 18505

FAX: 1.877.916.5406
En la primera hoja del fax escriba: "CONFIDENTIAL"

INTERNET: Cargue su formulario en myCigna.com

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE

Relación: Suscriptor Cónyuge/pareja doméstica

Sexo: Masculino Femenino

Nombre del paciente

Inic. seg. nom. Apellido del paciente

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Calle, número de apto., casilla de correo

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ciudad

Estado

Código postal (Zip)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fecha de nacimiento del paciente

MM DD AAAA

--	--	--	--	--	--	--	--

Número de teléfono preferente

--	--	--	--	--	--	--	--	--

¿Es un número de teléfono fijo o celular .

Número de seguro social (SSN), últimos 4 dígitos

--	--	--	--

Nota: Utilice los últimos 4 dígitos del SSN del paciente

Número de ID del paciente de Cigna en la tarjeta de identificación

--	--	--	--	--	--

Número de cuenta colectiva de Cigna en la tarjeta de identificación

--	--	--	--

Firma del cliente (requerida). Con mi firma certifico que la información que contiene este formulario es correcta.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fecha actual

MM DD AAAA

--	--	--	--	--	--	--	--

Comprendo que Cigna recibe esta información y puede usarla para determinar mi elegibilidad para incentivos cuando corresponda.

Entiendo que proveer esta autorización para Cigna y el programa de bienestar patrocinado por el empleador para recolectar mi información de salud es voluntario bajo el programa de bienestar del empleador.

INFORMACIÓN SOBRE LA EVALUACIÓN DEL BIENESTAR

IMC

--	--	--	--

0

Estatura/peso (requerido)

Pies Pulgadas Libras

--	--	--	--	--	--	--	--

Circunferencia de la cintura

Pulgadas

--	--

Fecha MM DD AAAA

--	--	--	--	--	--	--	--

Presión sanguínea

Sistólica Diastólica

--	--	--	--

Azúcar en sangre en ayunas mg/dl

--	--	--

Azúcar en sangre sin ayunar mg/dl

--	--	--

Colesterol total mg/dl

--	--	--

Colesterol LDL mg/dl

--	--	--

Colesterol HDL mg/dl

--	--	--

Nombre del médico/profesional de la salud

Inic. seg. nom. Apellido del médico/profesional de la salud

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ciudad

Estado

Código postal (Zip)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Firma del médico/profesional de la salud (requerida)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fecha actual

MM DD AAAA

--	--	--	--	--	--	--	--

Su privacidad es importante: La privacidad de su información médica es importante para usted y para Cigna. Tenemos el compromiso de proteger su información médica personal. Nos aseguramos de que nuestras prácticas cumplan con las leyes de privacidad, que incluyen la Ley federal de portabilidad y responsabilidad de seguros médicos (HIPAA).

"Cigna" y el logotipo "Tree of Life" (Árbol de la vida) son marcas de servicio registradas, y "Together, all the way" (Juntos, siempre) es una marca de servicio de Cigna Intellectual Property, Inc., con licencia para uso de Cigna Corporation y sus subsidiarias operativas. Todos los productos y servicios son brindados exclusivamente por tales subsidiarias operativas y no por Cigna Corporation. Tales subsidiarias operativas incluyen a Cigna Behavioral Health, Inc., Connecticut General Life Insurance Company, Cigna Health and Life Insurance Company y las HMO o subsidiarias de compañías de servicios de Cigna Health Corporation. 859506 10/14 © 2017 Cigna.



Protecciones contra la divulgación de información médica

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud personalmente identificable. Aunque el programa de bienestar y su empleador pueden usar la información agregada que recolecta para diseñar un programa basado en riesgos de salud identificados en el lugar de trabajo, Cigna nunca revelará su información personal públicamente o al empleador, excepto cuando sea necesario para responder a una solicitud de usted para un alojamiento razonable necesario para participar en el programa de bienestar, o como lo permita expresamente la ley. La información médica que le identifica personalmente que se proporciona en relación con el programa de bienestar no se proporcionará a sus supervisores o gerentes y nunca se puede utilizar para tomar decisiones con respecto a su empleo. Tenga en cuenta que este plan no recoge información genética individualmente identificable (como información sobre la historia de la salud de la familia o las condiciones de salud de un niño).

Su información de salud no será vendida, cambiada, transferida o revelada de otra manera excepto hasta el punto permitido por la ley para llevar a cabo actividades específicas relacionadas con el programa de bienestar, y no se le pedirá ni se le exigirá renunciar a la confidencialidad de su información de salud como una condición para participar en el programa de bienestar o recibir un incentivo. Cualquier persona que reciba su información con el propósito de brindarle servicios como parte del programa de bienestar, cumplirá con los mismos requisitos de confidencialidad. La información de salud personalmente identificable que se recibe sólo se utilizará para proporcionarle servicios bajo el programa de bienestar.

Además, toda la información médica obtenida a través del programa de bienestar será mantenida separada de sus registros de personal y ninguna información que proporcione como parte del programa de bienestar será utilizada para tomar cualquier decisión de empleo. Aunque nadie puede prevenir todos los ciber-ataques, Cigna tiene un programa de seguridad de la información que consiste en personas, procesos y tecnología, incluyendo herramientas de cifrado y monitoreo diseñadas para proteger la información electrónica. Mantenemos salvaguardias destinadas a proteger la seguridad de su información. En el caso de que se produzca una infracción de datos, según lo definido por la ley, con la información que usted proporcione en relación con el programa de bienestar, le notificaremos según lo requiera la ley.

Usted no puede ser discriminado en el empleo debido a la información médica que proporciona como parte de participar en el programa de bienestar, ni puede ser objeto de represalia si decide no participar.

Si tiene preguntas o inquietudes, o necesita información adicional con respecto a su programa de bienestar patrocinado por el empleador, o acerca de protecciones contra discriminación y represalias, comuníquese con su Administrador del Plan o con el Empleador.