

BIOMETRIC SCREENING FORM

Siga estos pasos para recibir crédito por su participación en el Programa Wellness Rewards:

1. Las Pruebas Biométricas deben completarse y entregarse entre el 1º de junio de 2018 y el 30 de noviembre de 2018.

Quienes se inscriban en los beneficios después del 1º de noviembre de 2018 deben completar y entregar su prueba biométrica para el 5/31/2019.

Favor de llamar al Equipo de Servicio a Clientes de Wellness Rewards al 800-591-9220 para información porque los requisitos de su programa pudieran ser diferentes.

2. Complete su prueba ya sea en un evento de pruebas biométricas en la localidad, en una Clínica de Bienestar de la propiedad, con WellNurse/Coach, o con un proveedor de la red. ¡Consulte a ClearCost para encontrar un proveedor de la red en su área!

Favor de llamar al Equipo de Servicio a Clientes de Wellness Rewards al 800-591-9220 para información sobre cómo programar la cita para su prueba.

3. Se requiere completar todo el formulario y firmarlo. **Imprima claramente toda la información que se pide. Los formularios con información faltante en cualquier sección serán devueltos para corregirse, lo que demorará el crédito de Wellness Rewards.**

4. **Revise sus resultados.** Si sus valores son mayores de los que se indican en la sección "Metas de Wellness Rewards" abajo, hable con su WellNurse o WellCoach sobre sus requisitos de Manejo de Condiciones Médicas.

5. **Devuelva el formulario completo y firmado a su WellNurse local para el 30 de noviembre de 2018.**

Nota: Los formularios completados y firmados también pueden enviarse por fax al 855-816-3504 o wellnessrewardsfax@cigna.com.

Sección 1 - el participante debe completarla: INFORMACION DEL

Primer Nombre:	Apellido:	Código de Propiedad/Localidad:	Número 800 del Empleado (o Identificación del Plan de Beneficios):
Dirección, Ciudad, Estado, Zip:		Correo Electrónico:	
Fecha de Nacimiento:	Relación: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Cónyuge	Género: Hombre Mujer	Número Telefónico: ()

Reconocimiento y Firma del Participante

Esta Prueba Biométrica reúne la información de salud que se identifica abajo para ayudarle a manejar su salud y bienestar bajo el Programa Wellness Rewards. Caesars ha implementado resguardos administrativos para proteger la confidencialidad de su información personal de salud como lo requiere la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA), la Ley de Americanos con Incapacidades (ADA) y la Ley Contra la Discriminación por Información Genética (GINA). Su participación es completamente voluntaria. Sin embargo, si escoge no participar, pudiera no ser elegible para ciertos Wellness Rewards. Firme abajo para confirmar que entiende y autoriza la reunión de su Prueba Biométrica. *Los valores de la Prueba Biométrica que se reporten en este formulario se usarán para determinar si ganó una recompensa de bono para 2019.*

Firma del Participante:

Fecha:

Por favor marque donde completó su Prueba Biométrica:

- Evento de Prueba en la Localidad
 Clínica de Cigna
 Oficina de la WellNurse
 Clínica de Salud en la Propiedad
 Doctor Primario
 Otro: _____

Sección 2 - el proveedor del servicio debe completarla: PRUEBA BIOMETRICA

Nota al Proveedor: Favor de codificar este servicio como preventivo. Su paciente participa en un programa especial de concientización de salud llamado Wellness Rewards. Su paciente escogió entregar constancia a la WellNurse de Cigna de las pruebas siguientes para calificar a incentivos económicos de su empresa. Cualquier información que entregue será confidencial entre usted, el paciente y Cigna. Por favor complete y firme este formulario para que su paciente pueda recibir las recompensas. *Favor de enviar todo el trabajo biométrico de laboratorio a una laboratorio de la red.*

RESULTADOS DE LA PRUEBA BIOMÉTRICA

<input type="checkbox"/> Resultados No en Fecha de la Prueba: _____ <input type="checkbox"/> Resultados en Ayunas _____	Medición de Salud Altura _____ pies _____ pulgadas Peso _____ libras IMC / Porcentaje de Grasa Corporal IMC _____ y GC% _____ Circunferencia de la Cintura _____ Presión Arterial _____ Colesterol Total _____ HDL _____	Mis Números Actuales Relación de Colesterol Total/HDL _____ Glucosa/Azúcar en la Sangre _____
--	--	--

¿Completó el participante también un Examen Físico Anual entre el 1º de junio de 2018 y el 31 de mayo de 2019? Sí No N/A

Fecha del Examen Físico Anual: _____ Firma del Proveedor: _____

Información del Proveedor o Técnico de Laboratorio

Nombre del Proveedor: _____
 Firma del Proveedor: _____ Título: _____
 Fecha: _____ Número de Teléfono: () _____

Notas Especiales a los Participantes: Si está embarazada, no necesita completar una Prueba Biométrica. Favor de llamar al Centro de Servicio a Clientes de Wellness Rewards al 800-591-9220 sobre el proceso del embarazo y cómo recibir el crédito de Wellness Rewards.