



CIGNA HealthCare of Arizona

CIGNA Medical Group

Adult Medical History

Name

MR #

DOB

(Member Information)

Completed by Member

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

MRN #

Name of Member:

Last Name

First Name

Middle Initial

Gender:  Male  Female

Date of Birth: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Member Street Address:

Street

Apt.#

City

State

Zip

Occupation:

Unemployed

Student

Member Phone Number:

H:

Employer Name:

Work Phone Number:

Employer Address:

Street

Suite #

City

State

Zip

Marital Status:

Single

Married

Divorced

Separated

Widow/Widower

PAST ILLNESSES: Please check  ALL boxes that apply:

- Allergies
- Anemia
- Arthritis
- Cancer
- Diabetes
- High Cholesterol
- Heart Problems
- Hepatitis
- High Blood Pressure
- Injury / Fracture
- Kidney Disease
- Lung Problems
- Mental illness
- Seizures
- Skin Problems
- Ulcer Disease
- Other \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Explanation:

Current MEDICATIONS & Dosage:

Medication ALLERGIES:

NONE

Past Surgeries:

Past Hospitalizations:

Year	Procedures

Year	Diagnosis	Which Hospital

Family History

	Alcoholism	Asthma	Cancer (Type)	Depression	Diabetes	Heart Disease	High Blood Pressure	Stroke	Cause of death	Age at Death
Father										
Mother										
Brothers/Sisters										
Grand Parents										

Social History

Tobacco:  None  Chew tobacco  Cigarettes \_\_\_\_\_ (# cigarettes/day)  Cigar Quit Date: \_\_\_\_\_

Alcohol:  None Drinks/week: \_\_\_\_\_ Type of drink: \_\_\_\_\_  Other drug use (ie cocaine, marijuana, etc.)

Daily Exercise:  None  Low  Moderate  High →  Aerobic Activity  Weight Training

Seat Belt Use:  Yes  No  Child Safety Restraints ( car seat) used for child <40 lbs. or types of age.

Immunizations (Most recent):

Tetanus: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hepatitis B: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Pneumovax: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Flu vaccine: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Screening Exams (Most recent):

Pap Smear: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Cholesterol: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Mammogram: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sigmoid/Colonoscopy: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

X

X

PROVIDER SIGNATURE

MEMBER SIGNATURE



CIGNA HealthCare of Arizona

CIGNA Medical Group
Historial Clínico de Adultos

Name

MR #

DOB

(Member Information)

Completado por el Miembro

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Numero Medico Del Miembro NMN # \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino
Apellido Nombre Inicial Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_
Calle Apt.# Ciudad Estado Código Postal

Ocupación:  Desempleado  Estudiante Número de teléfono del miembro: \_\_\_\_\_ H: \_\_\_\_\_

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Número de teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Dirección del empleador: \_\_\_\_\_
Calle Sala # Ciudad Estado Código Postal

Estado Civil:  Soltero(a)  Casado(a)  Divorciado(a)  Separado(a)  Viudo(a)

ENFERMEDADES: Por favor haga una marca ✓ en TODAS las que apliquen:

- Alergias  Diabetes  Presión sanguínea alta  Enfermedad mental  Otros
 Anemia  Alto nivel de colesterol  Lesión / Fractura  Convulsiones / Ataques
 Artritis  Problemas cardiacos  Enfermedades de los riñones  Problemas de la piel
 Cáncer  Hepatitis  Enfermedades del pulmón  Úlceras

Detalles:

MEDICAMENTOS y dosis que actualmente toma:

ALERGIAS a medicamentos:

NINGUNO

Cirugías:

Hospitalizaciones:

Table with 3 columns: Año, Procedimientos, Año, Diagnóstico, Cuál hospital

Historial familiar

Table with 11 columns: Alcoholismo, Asma, Cáncer (Tipo), Depresión, Diabetes, Enfermedades del corazón, Presión sanguínea alta, Derrame cerebral (embolia), Causa de muerte, Edad al momento de muerte

Historial social

Tabaco:  Ninguno  Tabaco de mascar  Cigarrillos \_\_\_\_\_ (# cigarrillos/día)  Cigarro Fecha en que dejó de fumar: \_\_\_\_\_
Alcohol:  Ninguno Tragos/semana: \_\_\_\_\_ Tipo de tragos: \_\_\_\_\_  Otro uso de drogas (por ejemplo: cocaína, marihuana, etc.)
Ejercicio diario:  Ninguno  Poco  Moderado  Mucho  Actividades aeróbicas  Levantamiento de pesas
Uso del cinturón de seguridad:  Sí  No  Aparatos de seguridad para niños (asiento protector) utilizados para niños de menos de 40 lbs. o según la edad del niño.

Inmunizaciones (Más recientes):

Tétano: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hepatitis B: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Pneumovax: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Vacuna contra la influenza (gripe) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Exámenes de evaluación (Más recientes):

Examen de Papanicolaou: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Colesterol: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_
Mamografía: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sigmoidoscopia/Colonoscopia: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

FIRMA DEL PROVEEDOR

FIRMA DEL ASEGURADO

File: Database