

Formulario de Preevaluación para Enfermedades Crónicas

Para inscribirse en un plan para Personas con Necesidades Especiales por Enfermedades Crónicas, Medicare exige que su enfermedad crónica sea verificada por el consultorio de su médico tratante. También necesitamos esta información para verificar que califique para el beneficio de alimentos saludables.

Responda las siguientes preguntas y llene la información solicitada en las páginas siguientes para que su médico tratante pueda verificar su enfermedad crónica. Después de llenar este formulario, devuélvalo junto con la solicitud de inscripción de su plan. **No** le lleve este formulario a su médico tratante.

Preguntas clínicas para precalificación

Esta es una preevaluación. Su médico tratante realizará una verificación adicional una vez que usted se inscriba en el plan.

Responda estas preguntas:

I. Diabetes mellitus (Nota: Un diagnóstico de prediabetes no califica para este plan.)

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. ¿Le dijo un médico o una clínica que usted tiene diabetes (demasiada azúcar en la sangre o en la orina, o niveles altos de azúcar)? | ☐ Sí | ☐ No |
| 2. ¿Alguna vez le recetaron o está usando insulina o un medicamento oral para tratar la diabetes? | ☐ Sí | ☐ No |

II. Insuficiencia cardíaca crónica

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. ¿Le dijo un médico o una clínica que usted tiene insuficiencia cardíaca crónica o congestiva (líquido o agua en los pulmones o el corazón)? | ☐ Sí | ☐ No |
| 2. ¿Experimentó anteriormente acumulación de líquido en los pulmones, hinchazón en las piernas y dificultad para respirar debido a un problema cardíaco? | ☐ Sí | ☐ No |
| 3. En el último año, ¿le aconsejó un profesional de cuidado de la salud que se pese todos los días para controlar el corazón? | ☐ Sí | ☐ No |

III. Enfermedades cardiovasculares

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. ¿Le diagnosticaron una frecuencia cardíaca irregular (como fibrilación auricular), enfermedad cardíaca o arteriopatía coronaria? | ☐ Sí | ☐ No |
| 2. ¿Le dijeron que tiene enfermedad vascular periférica, mala circulación o claudicación en las piernas? | ☐ Sí | ☐ No |
| 3. ¿Tiene úlceras crónicas en la piel o problemas en las venas de las piernas? | ☐ Sí | ☐ No |
| 4. ¿Le recetaron anticoagulantes, como warfarin o clopidogrel, para una enfermedad cardíaca? | ☐ Sí | ☐ No |
| 5. ¿Tiene un marcapasos o desfibrilador interno? | ☐ Sí | ☐ No |
| 6. ¿Le han hecho una angioplastia, una cirugía de derivación o le han colocado stents en el corazón o en las piernas? | ☐ Sí | ☐ No |

No se garantiza la inscripción en el plan con solo llenar esta preevaluación. Todos los planes para Personas con Necesidades Especiales por Enfermedades Crónicas requieren la verificación de un médico tratante para la inscripción en el plan.

Información sobre el médico tratante:

Nombre completo:

Número de teléfono:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Número de fax:

Dirección de correo electrónico:

Número de Identificador Nacional de Proveedor (NPI) (de 10 a 12 dígitos sin guiones):

Si usted no tiene toda esta información, puede llenar el nombre completo y el número de Identificador Nacional de Proveedor de su médico tratante (exactamente como se encuentra en el Directorio de Proveedores o en Internet).

¿Ha consultado a este proveedor en los últimos 2 años?

☐ Sí

☐ No

Autorización para divulgar información

Al llenar este documento, usted autoriza la divulgación o el uso de información de salud individualmente identificable, según se establece a continuación, de acuerdo con la ley federal.

Entiendo y acepto que:

- Esta autorización es voluntaria;
- Mi información de salud puede contener información creada por otras personas o entidades, que incluyen proveedores de cuidado de la salud o compañías de seguro de salud, y también puede contener información médica, de farmacia, dental, de la vista, de salud mental, de abuso de sustancias, de VIH/SIDA, de psicoterapia, reproductiva, de enfermedades contagiosas y de programas de cuidado de la salud;
- No me pueden denegar el tratamiento, el pago de servicios para el cuidado de la salud, ni la inscripción o el derecho de participación para recibir beneficios de cuidado de la salud si no firmo este formulario. Sin embargo, si no firmo este formulario, es posible que UnitedHealthcare no pueda obtener la información necesaria y no pueda usar otra fuente para verificar que califique para el beneficio de alimentos saludables, y es posible que no pueda recibir estos beneficios, a menos que se pueda verificar el derecho de participación a través de otra fuente. Además, es posible que no pueda intercambiar cierta información de salud con mis proveedores de la red, mi compañía de seguros de salud anterior o terceros nombrados en el presente documento para coordinar mejor mi cobertura y cuidado de la salud;
- Una vez que se haya compartido mi información de salud, la persona u organización que la reciba puede volver a compartirla. Si el receptor no es un plan de salud, una compañía de seguros de salud ni un proveedor de cuidado de la salud, la información ya no podrá estar protegida por las leyes federales de privacidad; y
- Esta autorización vencerá 2 años después de la fecha en que firme la autorización. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Para ello, puedo notificar esta decisión a UnitedHealthcare por escrito, actualizar en Internet mi preferencia de consentimiento para compartir información en el sitio web para miembros o por teléfono al número de Servicio al Cliente; sin embargo, la revocación no afectará a ninguna acción realizada antes de la fecha en que se reciba y procese mi revocación, ni ninguna acción realizada conforme a la autorización antes de que la revocación entre en vigencia.

Quién puede recibir y divulgar mi información:

Autorizo a UnitedHealthcare y a sus subsidiarias y compañías afiliadas a recibir o divulgar mi información de salud individualmente identificable entre ellas mismas, mis proveedores de cuidado de la salud, mis compañías de seguro de salud anteriores y con proveedores que ayudan a evaluar los requisitos de participación para recibir beneficios y servicios, tales como alimentos saludables.

Si aún no he proporcionado el nombre de mi compañía de seguros de salud anterior ni mi número de miembro, puedo presentarlo en el sitio web para miembros..

Tipo de información que se divulgará:

Autorizo la divulgación de toda mi información de salud, incluida la información médica, dental, de farmacia, de la vista, de salud mental, de abuso de sustancias, de VIH/SIDA, de psicoterapia, reproductiva, de enfermedades contagiosas y de programas de cuidado de la salud.

Finalidad de la divulgación:

Mi información de salud se divulgará para:

- Verificar que califico para recibir el beneficio de alimentos saludables o para verificar mi diagnóstico de una enfermedad crónica cubierta.
- Ayudarme a mantener mis registros de salud completos y apoyar mi cuidado al:
 - Solicitar y compartir información con otras compañías de seguros de salud con las que podría tener cobertura
 - Solicitar información de salud de mi compañía de seguros de salud anterior
 - Compartir información de salud con los proveedores de cuidado de la salud de mi red para que puedan trabajar juntos en mi cuidado

Firma del solicitante	Fecha
Firma del testigo (Solo para residentes de Illinois)	Fecha

Tenga en cuenta: Si usted es un tutor o un representante designado por un tribunal, debe llenar los campos Tutor o Representante y adjuntar una copia de su autorización legal para representar al miembro.

Tutor o Representante

Nombre:	Número de teléfono:	
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Firma del tutor o representante:		Fecha:

Solo para residentes de California y Georgia: Entiendo que puedo consultar y copiar la información descrita en este formulario si así lo solicito, y que puedo recibir una copia de este formulario después de firmarlo.

El beneficio de alimentos saludables es un beneficio complementario especial que solo está disponible para los miembros con una enfermedad crónica que califica, y que además cumplen los criterios del plan que indican que están en alto riesgo de hospitalización y que cumplen los requisitos para la coordinación intensiva del cuidado de la salud. Comuníquese con nosotros para obtener información detallada.