

Formulario de Preevaluación para Condiciones Crónicas

Para inscribirse en un plan para personas con necesidades especiales por condiciones crónicas, Medicare exige que su condición crónica sea verificada por el consultorio de su proveedor de cuidado primario o médico tratante. Este proceso consta de dos partes:

1. Responda las siguientes preguntas, firme y llene la información solicitada en la segunda página debajo de SOLICITANTE. Así podremos enviarla a su proveedor para que verifique su condición crónica.
2. Envíe el formulario llenado junto con su solicitud. Usaremos el formulario para pedirle a su proveedor que confirme su condición crónica.

El solicitante o el representante legal autorizado debe llenar esta sección

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ **ID de Medicare (MBI/HICN):** _____

Preguntas clínicas para precalificación

(Esta es una preevaluación, su proveedor realizará una verificación adicional una vez que usted se inscriba en el plan.)

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

1. ¿Alguna vez un médico o una clínica le dijo que usted tiene diabetes (demasiada glucosa 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. ¿Alguna vez un médico o una clínica le dijo que usted tiene insuficiencia cardíaca crónica o congestiva (líquido o agua en los pulmones o el corazón)? Sí No
2. ¿Tuvo alguna vez problemas con la acumulación de líquido en los pulmones e hinchazón en las piernas, acompañados de dificultad para respirar, debido a un problema cardíaco? Sí No
3. En los últimos 12 meses, ¿algún profesional de cuidado de la salud le aconsejó o le dijo que se pese todos los días para vigilar un problema cardíaco? Sí No

III. Enfermedades cardiovasculares

1. ¿Alguna vez un médico o una clínica le dijo que usted tiene una frecuencia cardíaca irregular (como fibrilación auricular), enfermedad cardíaca o arteriopatía coronaria? Sí No
2. ¿Alguna vez 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. ¿Alguna vez le recetaron medicamentos para diluir la sangre, como warfarin o clopidogrel, para una condición cardíaca? Sí No
5. ¿Tiene un marcapasos o desfibrilador interno? Sí No
6. ¿Le han hecho una angioplastia, un bypass o le han colocado stents en el corazón o en las piernas? Sí No

Solicitante/representante autorizado: _____

No se garantiza la inscripción en el plan con solo llenar esta preevaluación. Todos los planes para personas con necesidades especiales por condiciones crónicas requieren la verificación de un proveedor o especialista para la inscripción en el plan.

Autorización para la Divulgación de Condiciones Crónicas

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 las leyes federales sobre la privacidad de dicha información.

Autorización para uso y divulgación

Para ser llenado por el SOLICITANTE (* indica campo obligatorio)

Yo, *(inserte el nombre del solicitante)* _____, por medio del presente documento, autorizo la divulgación de mi información de salud descrita anteriormente, por parte de:

Nombre del proveedor (apellidos, nombre)*	Número de teléfono del proveedor*	
Dirección del proveedor*		
Ciudad*	Estado*	Código postal*

Fecha de nacimiento del solicitante: _____

Firma del solicitante/representante autorizado	Fecha de hoy
_____	_____

Para ser llenado por el PROVEEDOR DE CUIDADO/ESPECIALISTA


Yo, _____ (proveedor de cuidado primario/especialista/representante del proveedor de cuidado), por medio del presente documento, certifico que _____


(solicitante) tiene las siguientes condiciones de salud:


- Diabetes mellitus (se excluye prediabetes)
 Insuficiencia cardíaca crónica Trastornos cardiovasculares

Firma del proveedor de cuidado primario/médico tratante/especialista	Fecha de hoy
_____	_____

Envíe los formularios llenados junto con su solicitud a:

 **UnitedHealthcare**
P.O. Box 30770
Salt Lake City, UT 84130-0770

 O envíe el frente y la parte de atrás de cada página por fax al:
1-888-950-1170

 **Si tiene alguna pregunta, llame al:**
1-855-548-1564, TTY 711, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana