

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.

Responda las siguientes preguntas y llene la información solicitada en la página siguiente para que su médico tratante pueda verificar su enfermedad crónica.

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 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. ¿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 bypass 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.

Autorización para la Divulgación de Enfermedades 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. Después de llenar este formulario, devuélvalo junto con la solicitud de inscripción de su plan. **No** le lleve este formulario a su médico tratante.

Información sobre el médico tratante:

Nombre completo:

Número de teléfono:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Número de fax:

Dirección de correo electrónico:

N.º 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