



Formulario de calificación previa para el Plan de necesidades especiales crónicas (CSNP)

Ultimate Health Plans ofrece los planes de necesidades especiales (Special Needs Plans, SNP) diseñados para personas con ciertas condiciones crónicas o discapacitantes: Enfermedad cardiovascular (Cardiovascular Disease, CVD), insuficiencia cardíaca crónica (Chronic Heart Failure, CHF), trastorno/EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) y diabetes mellitus (DM). Usted puede ser elegible para inscribirse en uno de nuestros SNP de atención de pacientes crónicos si puede responder Sí a cualquiera de las preguntas de abajo. Comprobaremos la presencia de la condición crónica con su proveedor de atención médica en un plazo de 30 días después de su inscripción. Debemos cancelar su inscripción en el plan de necesidades especiales si no podemos comprobar su condición crónica. Por lo tanto, avise a su médico que le exigiremos que verifique la información de abajo. Escriba en este formulario la información de contacto precisa de su médico u otro proveedor de atención médica.

¿Tiene usted una condición crónica?

¿Su médico u otro profesional de atención médica autorizado le diagnosticó alguna de las siguientes condiciones médicas? (Marque todo lo que corresponda)

Enfermedad cardiovascular (CVD): Sí No

Insuficiencia cardíaca crónica Sí No

(Chronic Heart Failure, CHF)

Trastorno pulmonar crónico/EPOC: Sí No

Diabetes mellitus (DM): Sí No

Enfermedad cardiovascular (Cardiovascular Disease, CVD) *Planes 019, 021, 026, 029, 033, 050, 051, 052*

- ¿Tuvo un ataque cardíaco o su médico le dijo que corre el riesgo de tener uno? Sí No
- ¿Le colocaron un stent en el corazón? Sí No
- ¿Tiene un marcapasos o toma medicamentos para la arritmia cardíaca? Sí No
- ¿Le dijo el médico que tiene flujo de sangre reducido hacia las piernas o los pies? Sí No
- ¿Le hicieron algún procedimiento para mejorar el flujo de sangre a las piernas o a los pies? Sí No
- ¿Sufre de coágulos de sangre o toma medicamentos a largo plazo para los coágulos de sangre? Sí No
- ¿Toma medicamentos para el corazón o la circulación? Sí No

Insuficiencia cardíaca crónica (Chronic Heart Failure, CHF) *Planes 022, 024, 026, 029, 033, 050, 051, 052*

- ¿Le dijo el médico que su corazón no bombea tan bien cómo debería? Sí No
- ¿Tiene los pies y las piernas hinchados casi todos los días debido al exceso de líquido en su cuerpo? Sí No
- ¿Toma diuréticos debido a una condición médica relacionada con el corazón (como insuficiencia cardíaca)? Sí No
- ¿Toma medicamentos debido al líquido de los pulmones o para ayudar a que su corazón lata más fuerte? Sí No

Trastorno pulmonar crónico/EPOC *Planes 023, 025, 034*

- ¿Sufre de problemas respiratorios por enfermedades pulmonares (enfisema, bronquitis crónica, asma o fibrosis pulmonar)? Sí No
- ¿Le dijo su médico que tiene daño pulmonar permanente por fumar o inhalar toxinas? Sí No
- ¿Le recetó el médico algún medicamento (como bomba de respiración, esteroides) o más oxígeno para ayudarlo a respirar mejor? Sí No

Diabetes mellitus (DM) *Planes 019, 021, 026, 029, 033, 050, 051, 052*

- ¿Controla regularmente en casa su nivel de azúcar en la sangre? Sí No
- ¿Lo diagnosticaron con nivel alto de azúcar en la sangre (diabetes)? Sí No
- ¿Toma medicamentos para controlar su azúcar en la sangre? Sí No

Información de contacto del proveedor de atención médica

APELLIDO DEL PROVEEDOR:

NOMBRE DEL PROVEEDOR:

TELÉFONO:

FAX:

Información del beneficiario

APELLIDO:

NOMBRE:

INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE:

FIRMA:

FECHA DE HOY: (MM/DD/AAAA)