



Công cụ đánh giá tính đủ tiêu chuẩn trước khi ghi danh của Imperial Health Plan of California (HMO SNP)

Quý vị phải nộp mẫu đơn này cùng với đơn ghi danh cho chương trình Senior Value 005 của Imperial Health Plan of California (IHP) (HMO SNP).

Phần điền của người nộp đơn

Tên:	Tên đệm viết tắt:	Họ:
Giới tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	Ngày sinh:	Số điện thoại:
Địa chỉ:		
Thành phố:	Tiểu bang:	Mã Zip

Câu hỏi đánh giá tư cách đủ tiêu chuẩn về mặt lâm sàng

Nếu mắc bất kỳ bệnh nào sau đây, quý vị có thể đủ điều kiện tham gia chương trình 005 của IHP. Trước khi kết thúc tháng đầu tiên trong giai đoạn ghi danh, IHP sẽ xác nhận với bác sĩ hành nghề được cấp phép được chỉ định cho quý vị rằng quý vị mắc tình trạng đủ tiêu chuẩn cần thiết để ghi danh vào chương trình SNP dành cho người mắc bệnh mạn tính của IHP 005. Nếu vào bất kỳ lúc nào hoặc vào một thời điểm nào đó về sau, quý vị được xác định là không mắc tình trạng đủ tiêu chuẩn, quý vị sẽ không còn đủ điều kiện tham gia chương trình SNP dành cho người mắc bệnh mạn tính 005 của IHP nữa và IHP sẽ được yêu cầu hủy ghi danh quý vị khỏi chương trình 005.

Vui lòng đánh dấu vào ô trống để cho biết các tình trạng mà bác sĩ của quý vị đã nói rằng quý vị có thể mắc:

- Tiểu đường** (lượng đường trong máu cao)
- Suy tim mạn tính**
 - Tăng huyết áp (huyết áp cao)
- Rối loạn tim mạch**
 - Rối loạn nhịp tim (đánh trống ngực, nhát đập ngoại lai, rung nhĩ, cuồng động nhĩ, nhịp tim nhanh hoặc chậm, máy tạo nhịp tim, máy khử rung tim, ngắt xiu)
 - Bệnh động mạch vành (đau tim, đặt stent, phẫu thuật tim)
 - Bệnh mạch máu ngoại biên (tuần hoàn kém)
 - Rối loạn huyết khối tĩnh mạch mạn tính (cục máu đông)
 - Tiền sử đột quỵ
 - Máu nhiễm mỡ (Nồng độ cholesterol cao)

Câu hỏi về thuốc

1. Quý vị hiện có đang dùng hoặc đã từng dùng thuốc điều trị một căn bệnh được liệt kê ở trên không? Có Không
2. Quý vị có từng được tiêm insulin không? Có Không
3. Quý vị có từng dùng Metformin không? Có Không
4. Quý vị hiện đang dùng những loại thuốc nào? _____

Tên bác sĩ:	Số điện thoại:	Số fax:
Địa chỉ bác sĩ:		



Công cụ đánh giá tính đủ tiêu chuẩn trước khi ghi danh của Imperial Health Plan of California (HMO SNP)

Quyết định cho phép tiết lộ thông tin sức khỏe của người nộp đơn

Tôi cho phép nhà cung cấp có tên nêu trên tiết lộ thông tin sức khỏe của tôi cho IHP để xác minh rằng tôi đã được chẩn đoán mắc bệnh mạn tính đủ tiêu chuẩn để tôi ghi danh vào IHP. Quyết định cho phép này áp dụng đối với tất cả mọi thông tin sức khỏe được nhà cung cấp lưu trữ liên quan đến tiền sử bệnh của tôi về (các) bệnh mạn tính được liệt kê bên trên.

Tên viết in hoa của người nộp đơn

Chữ ký của người nộp đơn

Ngày

Thông tin người nộp đơn

Tên:

Họ:

Ngày sinh:

Phần điền của bác sĩ hành nghề được cấp phép

Tên bác sĩ:

Số điện thoại:

Số fax:

Địa chỉ bác sĩ:

Theo đây, tôi xin xác nhận rằng người nộp đơn bên trên có (các) bệnh mạn tính đủ tiêu chuẩn sau đây.
Người nộp đơn mắc bệnh:

Tiểu đường (lượng đường trong máu cao)

Suy tim mạn tính

- Tăng huyết áp (huyết áp cao)

Rối loạn tim mạch

- Rối loạn nhịp tim (đánh trống ngực, nhát đập ngoại lai, rung nhĩ, cuồng động nhĩ, nhịp tim nhanh hoặc chậm, máy tạo nhịp tim, máy khử rung tim, ngắt xiu)
- Bệnh động mạch vành (đau tim, đặt stent, phẫu thuật tim)
- Bệnh mạch máu ngoại biên (tuần hoàn kém)
- Rối loạn huyết khối tĩnh mạch mạn tính (cục máu đông)
- Tiền sử đột quỵ
- Máu nhiễm mỡ (Nồng độ cholesterol cao)

Tên viết in hoa của bác sĩ

Chữ ký:

Ngày thăm khám cho người nộp đơn:

Gửi Công cụ đánh giá tới Phòng Hội viên của IHP theo số 1-626-380-9066

Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào, vui lòng liên lạc với Ban Dịch vụ Hội viên theo số 1-800-838-8271, TTY: 711, ngày 1 tháng 10 – ngày 31 tháng 3: Thứ Hai – Chủ Nhật từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối theo Giờ Chuẩn Thái Bình Dương và ngày 1 tháng 4 – ngày 30 tháng 9: Thứ Hai – Thứ Sáu từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối theo Giờ chuẩn Thái Bình Dương, Thứ Bảy – Chủ Nhật, từ 10 giờ sáng đến 2 giờ chiều theo Giờ chuẩn Thái Bình Dương, trừ ngày lễ.

Imperial Health Plan là một chương trình (HMO) (HMO SNP) có Hợp đồng Medicare. Việc ghi danh tham gia Imperial Health Plan phụ thuộc vào việc gia hạn hợp đồng.

Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP) tuân thủ luật pháp về dân quyền hiện hành của Liên bang và không phân biệt đối xử theo chủng tộc, màu da, nguồn gốc quốc gia, độ tuổi, tình trạng khuyết tật hoặc giới tính.



Công cụ đánh giá tính đủ tiêu chuẩn trước khi ghi danh của Imperial Health Plan of California (HMO SNP)

VUI LÒNG CHÚ Ý: Nếu quý vị nói Tiếng Anh, chúng tôi có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho quý vị. Vui lòng gọi số 1-800-838-8271 (TTY: 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-838-8271 (TTY: 711).

注意: 如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-708-5976 (TTY: 711)。