

Imperial Senior Value (HMO C-SNP) ofrece un Plan de Necesidades Especiales (SNP) para personas con enfermedades crónicas. Puede ser elegible para unirse al plan de necesidades especiales de Imperial Senior Value (HMO C-SNP) para afecciones crónicas si puede responder "Sí" a cualquiera de las preguntas a continuación.

Complete este formulario y devuélvalo con su solicitud de inscripción. Imperial validará su afección crónica con su médico dentro de los 30 días posteriores a la fecha de vigencia de la inscripción. Si no podemos verificar su afección crónica, debemos cancelar su inscripción en este plan.

INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO		
Apellido	Nombre	Inicial
Fecha de nacimiento	Identificador de beneficiario de Medicare	
(Mes / Día / Año)	Número de teléfono #1	Número de teléfono #2
PREGUNTAS CLÍNICAS PARA CALIFICAR CONDICIONES CRÓNICAS		
DIABETES MELLITUS		
¿Su médico u otro profesional de la salud con licencia le ha diagnosticado diabetes?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿Ha presentado aumento de la sed, micción frecuente, hambre extrema, inexplicable ¿Pérdida de peso, llagas de curación lenta o infecciones frecuentes?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿Ha tenido problemas con el nivel alto de azúcar en la sangre?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿Toma medicamentos y/o ha seguido una dieta especial para controlar su nivel de azúcar en la sangre?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA		
¿Su médico u otro profesional de la salud con licencia le ha diagnosticado insuficiencia cardíaca crónica o congestiva?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿Ha tenido problemas con la retención de líquidos en los pulmones o hinchazón en las piernas debido a un problema cardíaco?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿Toma medicamentos para prevenir la hinchazón de las piernas o las manos?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿Sientes fatiga al caminar o hacer actividad física?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
Cuando caminas, ¿necesitas parar y descansar?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
TRASTORNOS CARDIOVASCULARES		
¿Alguna vez un médico o un profesional de la salud con licencia le ha diagnosticado una afección cardiovascular, como arritmia cardíaca, enfermedad de las arterias coronarias (incluida la angina de pecho), coágulos de sangre o enfermedad vascular que afecta las piernas (por ejemplo, enfermedad arterial periférica o trombosis venosa profunda)?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿Experimenta palpitaciones, dolor u opresión en el pecho o dificultad para respirar, especialmente durante la actividad física o en reposo?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿Alguna vez ha tenido un derrame cerebral, un ataque cardíaco (infarto cardíaco) o le han aconsejado que tiene niveles elevados de colesterol (LDL superior a 100 o colesterol total superior a 200)?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿Le han diagnosticado alguna afección metabólica, como presión arterial alta, diabetes o exceso de grasa abdominal, que esté asociada con un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO

Herramienta de evaluación de calificación

PROVEEDOR(ES) DE ATENCIÓN MÉDICA QUE PUEDE VERIFICAR SU(S) CONDICIÓN(ES)		
Nombre del médico	Especialidad	Ciudad
Número de teléfono del médico	Número de fax del médico	¿Trabaja en algún hospital que usted conozca?
Nombre del médico	Especialidad	Ciudad
Número de teléfono del médico	Número de fax del médico	¿Trabaja en algún hospital que usted conozca?

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PARA VERIFICAR CONDICIONES CRÓNICAS
Por la presente, autorizo a los proveedores mencionados anteriormente a divulgar mi información médica protegida a Imperial Health Plan para verificar que me han diagnosticado una afección crónica que me califica para inscribirme en el plan de necesidades especiales crónicas de Imperial Senior Value (HMO C-SNP). Esta autorización se aplica a toda la información de salud mantenida por el proveedor con respecto a mi historial médico para las afecciones crónicas indicadas anteriormente.
<b>Firma del beneficiario:</b>
<b>Fecha:</b>

CERTIFICACIÓN DEL PROVEEDOR	
Por la presente doy fe de que mi paciente mencionado anteriormente tiene una o más de las siguientes condiciones:	
Insuficiencia cardíaca crónica	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Trastornos cardiovasculares (ECV)	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
<b>Nombre del proveedor</b>	<b>Firma del proveedor</b>
<b>Fecha de hoy:</b>	<b>Dirección del proveedor</b>

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nuestro Departamento de Servicios para Miembros al 1-800-838-8271, TTY: 711, Del 1 de octubre al 31 de marzo: de lunes a domingo a partir de las 8:00 a. m. PST. - 8:00 pm PST y 1 de abril - 30 de septiembre: lunes - Viernes de 8:00 a. m. PST. - 8:00 p. m. PST. , excepto días festivos. Imperial Health Plan es un (HMO) (HMO SNP) con un contrato de Medicare. La inscripción en Imperial Health Plan depende de la renovación del contrato. Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. ATENCIÓN: Si habla inglés, tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística gratuitos. Llame al 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).