

Imperial Senior Value (HMO C-SNP) cung cấp một **Chương Trình Chăm Sóc Đặc Biệt (SNP)** dành cho người có bệnh mãn tính. Quý vị có thể đủ điều kiện tham gia chương trình này nếu trả lời “Có” cho bất kỳ câu hỏi nào dưới đây.

Vui lòng hoàn tất mẫu đơn này và gửi kèm theo hồ sơ ghi danh. Imperial sẽ xác minh tình trạng bệnh mãn tính của quý vị với bác sĩ trong vòng 30 ngày kể từ ngày hiệu lực ghi danh. Nếu không thể xác minh, chúng tôi buộc phải hủy ghi danh của quý vị khỏi chương trình.

THÔNG TIN NGƯỜI THỤ HƯỞNG		
Họ	Tên	Chữ cái đầu
Ngày sinh	Mã số người thụ hưởng Medicare	
(Tháng / Ngày / Năm)	Số điện thoại #1	Số điện thoại #2
Câu Hỏi Lâm Sàng Để Xác Định Bệnh Mãn Tính		
Bệnh Tiểu Đường (Diabetes Mellitus)		
Quý vị đã được bác sĩ hoặc chuyên gia y tế chẩn đoán mắc bệnh tiểu đường chưa?	☐ Có	☐ Không
Quý vị có triệu chứng như khát nước nhiều, đi tiểu thường xuyên, đói dữ dội, sụt cân không rõ nguyên nhân, vết thương lâu lành hoặc nhiễm trùng thường xuyên không?	☐ Có	☐ Không
Quý vị có gặp vấn đề với lượng đường huyết cao không?	☐ Có	☐ Không
Quý vị có đang dùng thuốc hoặc theo chế độ ăn đặc biệt để kiểm soát đường huyết không?	☐ Có	☐ Không
Suy Tim Mãn Tính (Chronic Heart Failure)		
Quý vị đã được chẩn đoán suy tim mãn tính hoặc sung huyết chưa?	☐ Có	☐ Không
Quý vị có bị giữ nước ở phổi hoặc sưng chân do vấn đề tim không?	☐ Có	☐ Không
Quý vị có dùng thuốc để ngăn ngừa sưng tay hoặc chân không?	☐ Có	☐ Không
Quý vị có cảm thấy mệt khi đi bộ hoặc vận động không?	☐ Có	☐ Không
Khi đi bộ, quý vị có cần dừng lại để nghỉ không?	☐ Có	☐ Không
Rối Loạn Tim Mạch (Cardiovascular Disorders)		
Quý vị đã từng được chẩn đoán mắc bệnh tim mạch như rối loạn nhịp tim, bệnh động mạch vành (bao gồm đau thắt ngực), cục máu đông, hoặc bệnh mạch máu ở chân (ví dụ: bệnh động mạch ngoại biên hoặc huyết khối tĩnh mạch sâu)?	☐ Có	☐ Không
Quý vị có cảm thấy hồi hộp, đau hoặc tức ngực, hoặc khó thở khi vận động hoặc nghỉ ngơi không?	☐ Có	☐ Không
Quý vị đã từng bị đột quỵ, nhồi máu cơ tim, hoặc được thông báo có mức cholesterol cao (LDL > 100 hoặc tổng cholesterol > 200)?	☐ Có	☐ Không
Quý vị có được chẩn đoán mắc các bệnh chuyển hóa như cao huyết áp, tiểu đường, hoặc mỡ bụng dư thừa liên quan đến nguy cơ bệnh tim mạch không?	☐ Có	☐ Không

Biểu mẫu Đánh Giá Điều Kiện Trước Khi Ghi Danh

THÔNG TIN BÁC SĨ XÁC MINH TÌNH TRẠNG BỆNH		
Tên bác sĩ	Chuyên khoa	Thành phố
Số điện thoại bác sĩ	Số fax bác sĩ	Bác sĩ có làm việc tại bệnh viện nào mà quý vị biết không?
Tên bác sĩ	Chuyên khoa	Thành phố
Số điện thoại bác sĩ	Số fax bác sĩ	Bác sĩ có làm việc tại bệnh viện nào mà quý vị biết không?

ỦY QUYỀN TIẾT LỘ THÔNG TIN SỨC KHỎE ĐỂ XÁC MINH (CÁC) TÌNH TRẠNG MÃN TÍNH
Theo đây, tôi cho phép các nhà cung cấp được liệt kê ở trên tiết lộ thông tin sức khỏe được bảo vệ của tôi cho Imperial Health Plan để xác minh rằng tôi đã được chẩn đoán mắc một bệnh mãn tính đủ điều kiện để ghi danh vào chương trình nhu cầu đặc biệt mãn tính của Imperial Senior Value (HMO C-SNP). Ủy quyền này áp dụng cho tất cả thông tin sức khỏe do nhà cung cấp duy trì liên quan đến tiền sử bệnh của tôi đối với (các) tình trạng mãn tính được chỉ ra ở trên.
Chữ ký người thụ hưởng:
Ngày ký:

XÁC NHẬN CỦA BÁC SĨ	
Tôi xác nhận rằng bệnh nhân nêu trên mắc một hoặc nhiều tình trạng sau:	
Suy Tim Mãn Tính (Chronic Heart Failure)	☐ Có ☐ Không
Rối Loạn Tim Mạch (Cardiovascular Disorders)	☐ Có ☐ Không
Bệnh Tiểu Đường (Diabetes Mellitus)	☐ Có ☐ Không
Tên bác sĩ	Chữ ký bác sĩ
Ngày hôm nay	Địa chỉ bác sĩ

Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào, vui lòng liên hệ Bộ phận Dịch vụ Thành viên của chúng tôi qua số **1-800-838-8271**, TTY: 711.

Từ ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3: Thứ Hai đến Chủ Nhật, từ **8:00 sáng đến 8:00 tối** (giờ PST). **Từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9:** Thứ Hai đến Thứ Sáu, từ **8:00 sáng đến 8:00 tối** (giờ PST), **trừ các ngày lễ.**

Imperial Health Plan là một chương trình **HMO (HMO SNP)** có hợp đồng với Medicare. Việc ghi danh vào Imperial Health Plan phụ thuộc vào việc gia hạn hợp đồng. Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP) tuân thủ các luật dân quyền liên bang hiện hành và không phân biệt đối xử dựa trên chủng tộc, màu da, quốc gia xuất xứ, tuổi tác, khuyết tật hoặc giới tính.

LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Anh, dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí có sẵn cho quý vị. Vui lòng gọi **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)。