



Good food. Responsibly.®

Cuestionario de inscripción en el Programa de Diabetes

Por favor complete esta encuesta con tanta información como sea posible

La información demográfica.	
Nombre:	
ID#: seguros	
Dirección:	
Ciudad/Estado/Código Postal:	
Fecha de nacimiento:	
Edad:	
Raza:	
Género: Masculino Femenino	
¿Está casado? Sí No	
Máximo nivel de educación completado:	
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 Asociado Licenciatura Maestría Doctorado	

Información de contacto	
Proporcione su información de contacto a continuación:	
Teléfono: _____ Casa _____ Celular _____ Trabajo _____	
Dirección de correo electrónico:	
Modos de contacto preferido:	
Primera opción: _____ Segunda opción: _____	
¿Cuándo es el mejor tiempo para contactarle?	
Nombre del médico:	
Número de teléfono del médico:	
¿Hay alguien con que desea que habláramos sobre su cuidado? Si la respuesta es sí, por favor proporcione su nombre y su relación a continuación.	
Nombre de contacto: _____	Relación: _____
Cómo se enteró del programa de manejo de la diabetes? (Marque uno)	
Llamada de beneficios Recursos Humanos Feria de Salud Clínica del médico	
Hospital Otros: _____	
¿Cuál es su idioma principal?	
Información de empleo	
¿Cuál es su situación laboral? Tiempo Completo Medio Tiempo Desempleados	
Describir el tipo de trabajo que haces si estás empleado.	
¿Es usted un empleado de Smithfield Foods? Sí No	
¿Smithfield Foods es su cobertura de seguro primario? Sí____ No____	
¿Si no, cuál es su cobertura primaria?	

Por favor complete el siguiente acerca de su historial de salud

¿Tiene usted alguna de las siguientes condiciones de salud?	Sí	No	Explique brevemente
Enfermedad del corazón- ex: ataque al corazón, dolor de pecho, marcapasos			
Los Pulmones respiración/-ex: asma EPOC			
Estomacal o intestinal			
Trastornos de la sangre-ex: anemia, célula falciforme			
Músculos, huesos y articulaciones- ex: artritis, el reemplazo de la articulación			
Enfermedad del riñón			
Cáncer			
Diabetes			
Derrame Cerebral			
Problemas de salud mental o de abuso de sustancias			
¿Ha sido hospitalizado en el último año?			

<i>Medicamentos</i> <i>(Por favor incluya recetas, medicamentos sin receta, vitaminas y suplementos)</i>	<i>Dosis</i> <i>(Miligramos, microgramos, unidades, etc.).</i>	<i>¿Con qué frecuencia lo toma?</i> <i>(Una vez al día, dos veces al día, etc.).</i>	<i>¿Que intenta tratar el medicamento?</i> <i>(Presión arterial alta, diabetes, etc.).</i>
¿Dónde llenar sus medicamentos?			

Información de Salud General	
¿Recibe una vacuna anual contra la gripe?	Sí No
¿Alguna vez ha tenido la vacuna contra la neumonía?	Sí No
¿Fuma? Sí No previamente	
<i>Si la respuesta es sí, el Smithfield beneficios oficina tiene información sobre el programa para dejar de fumar están disponibles a través de su plan de salud. Por favor llame al 1-800-809-5916 para más información.</i>	
¿Durante el mes pasado, ha sido a menudo molesta por sentirse mal, deprimido o desesperado?	Sí No
¿Durante el mes pasado, a menudo le han molestado por poco interés o placer en hacer cosas?	Sí No

Nota:

- Para ser un miembro activo del programa de manejo de la diabetes, usted debe proporcionar al menos 2 A1Cs por año y estar disponible para el contacto periódico con el personal de enfermería.
- La frecuencia de contacto se basa en los resultados de A1C.
- El personal está disponible para ayudarle de lunes a viernes de 8:30 am a 6:00 pm.
- Tenga en cuenta que los beneficios mejorados de este programa no estarán activos hasta que se reciba su formulario de consentimiento. El personal se comunicará con usted notificarle de la activación.
- Por favor, firme el formulario de consentimiento adjunto y conserve la segunda copia para usted. Puede enviar por **fax al (757)562-3537** o envíelo por correo a la dirección que aparece a continuación:

Mid-Atlantic Health Solutions

Programa de Manejo de la diabetes
 PO Box 494
 Franklin, VA 23851
Tele (800) 570-4888

Certifico que la información que he proporcionado en esta forma es verdadera y correcta al mejor de mi conocimiento

Firma _____ fecha _____



CONSENTIMIENTO PARA LA GESTIÓN DE LA DIABETES Y EL PROGRAMA DE LA LIBERACIÓN DE LOS REGISTROS MÉDICOS

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

En orden de permitir que mi encargado del caso que me ayude con mis necesidades de salud y para discutir las necesidades de mis proveedores de atención médica, doy permiso para que Mid-Atlantic Health Solutions:

1. Para ponerte en contacto con mis proveedores de atención de salud en regards a mis necesidades médicas a fin de ayudar en el desarrollo de mi Plan de Gestión de la Diabetes.
2. Para recibir información médica acerca de mi condición, incluyendo pero no limitado a los planes de tratamiento y resuts de laboratorio relacionados con mi tratamiento de la diabetes.
3. Para liberar la información verbal o escrita que tiene que ver con mi condición médica (s) de los proveedores de atención de salud tomía con el fin de garantizar una visión completa de mis necesidades de atención médica en el entendimiento de que esta información ayudará en la coordinación de mi cuidado.

Esta autorización será válida para todo el período de tiempo que estoy inscrito en el Programa de Gestión de la Diabetes. Entiendo que cualquier información de salud protegida que se comunica entre mis proveedores de atención de la salud y del Atlántico Medio Soluciones de Salud se llevará a cabo de manera estrictamente confidencial y se utilizará sólo con el propósito de gestión de casos.

Mi firma en este documento representa que entiendo a fin de participar en el programa de gestión de la Diabetes que activamente debo participar y proporcionar resultados de hemoglobina A1C a mi administrador de casos a intervalos solicitados. Además, entiendo que la participación en el programa es completamente voluntario y que puedo decidir no participar en cualquier momento por decirle a mi administrador de casos deseo de retirarse del programa. A mi solicitud de retiro del Programa de Gestión de la Diabetes, esta autorización es nulo de pleno derecho.

Estoy de acuerdo con todas las condiciones anteriores y deseen participar en el Programa de Gestión de la Diabetes.

FIRMA DEL PACIENTE: _____ **FECHA:** _____

***NOTA: Si el paciente tiene menos de 18 años de edad, el padre o tutor legal debe firmar el consentimiento a continuación:**

NOMBRE IMPRESO DEL PADRE/TUTOR LEGAL _____

FIRMA DEL PADRE/TUTOR LEGAL _____

FECHA: _____

Firme, feche y devuelva este formulario y el cuestionario de inscripción. Puede hacer una copia para sus registros. También puede enviar por fax al 757-562-3537. Gracias.



Good food. Responsibly.®



Programa de control de diabetes 2018/2019
Beneficios mejorados del programa con un proveedor dentro de la red

- Materiales Educativos
- Orientación individualizada con una enfermera del programa de diabetes
- 100% de cobertura de beneficios para:
 - ✓ Dispositivo de control de glucosa One Touch con receta (uno por cada año del plan)
 - ✓ Pruebas de diabetes y los suministros de inyección con una receta
 - ✓ Cuatro visitas al consultorio (uno por cada periodo de 90 días) a su médico de atención primaria o endocrinólogo para seguimiento de la diabetes
 - ✓ Prueba de hemoglobina A1C (una vez cada 90 días)
 - ✓ Una prueba de lípidos, examen de la retina y examen de los pies cada año del plan
 - ✓ Seis visitas de asesoramiento nutricional por año del plan
- El 90% de cobertura de beneficios después del deducible anual para:
 - ✓ Bombas de insulina y monitores de glucosa continuos (CGM) y suministros
- Mayor beneficio para los medicamentos para la diabetes:
 - ✓ 100% de cobertura de beneficios por medicamentos genéricos medicamentos para diabéticos
 - ✓ 100% de cobertura de los beneficios de la **insulina** siempre bajo su fórmula Optum
 - ✓ El 95% de la cobertura de los beneficios para los medicamentos diabéticos de **marca preferida**. El copago del 5% del miembro tiene un límite máximo de \$100 para un suministro de 30 días y un máximo de \$200 para un suministro de 90 días.
 - ✓ 90% de cobertura de beneficios para medicamentos diabéticos de marca no preferida. El copago del 10% del miembro tiene un límite máximo de \$125 para un suministro de 30 días y un máximo de \$250 para un suministro de 90 días.

Para inscribirse en el Programa de Diabetes – Llame a Mid-Atlantic Health Solutions al (800) 570-4888, de Lunes a Viernes, de 8:30 a. M. A 6:00 p. M. ET o descargar un formulario de inscripción en www.mahsolutions.com. (Línea de intérprete disponible)

Para preguntas de farmacia/fórmula, consulte con su administrador de beneficios de farmacia (PBM), OptumRx llamando al (877) 358-6395 o al www.optumrx.com.

Para obtener información sobre este programa o si desea participar, llame a Mid-Atlantic Health Solutions al 1-800-570-4888. Anu línea de intérprete está disponible.