



Good food. Responsibly.®

## Cuestionario de inscripción en el Programa de Diabetes

Por favor complete esta encuesta con tanta información como sea posible

| <b>La información demográfica.</b>   |
|--|
| 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:<br>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 Asociado      Licenciatura      Maestría      Doctorado  |
| <b>Información de contacto</b>   |
| Proporcione su información de contacto a continuación:<br>Teléfono: Casa _____ Celular _____ Trabajo _____   |
| Dirección de correo electrónico:   |
| Modos de contacto preferido:<br>Primera opción: _____ Segunda opción: _____  |
| ¿Cuándo es el mejor tiempo para contactarle?   |
| Nombre del médico: _____ Número de teléfono del médico: _____  |
| ¿Quién maneja su cuidado de la diabetes?    Medico de atención primaria(PCP)<br>Endocrinólogo  |
| ¿Hay alguien con que desea que habláramos sobre su cuidado?   Sí   No<br>Si la respuesta es sí, por favor proporcione su nombre y su relación a continuación.<br>Nombre de contacto: _____ Relación: _____ |
| Cómo se enteró del programa de manejo de la diabetes? (Marque uno)<br>Llamada de beneficios    Recursos Humanos    Feria de Salud    Clínica del médico<br>Hospital                      Otros: _____      |
| ¿Cuál es su idioma principal?<br>¿Si su idioma no es el ingles, necesita un interprete para las llamadas?   Si   No  |
| <b>Información de empleo</b>   |
| ¿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?   |

| <b>Información básica de la Diabetes</b>  |                       |                           |                   |                       |
|---|-----------------------|---------------------------|-------------------|-----------------------|
| ¿Cuándo fue diagnosticado con diabetes?   |                       |                           |                   |                       |
| Mes:  | Año:                  |                           |                   |                       |
| ¿Qué tipo de diabetes tienes?   |                       |                           |                   |                       |
| Tipo 1  | Tipo 2                |                           |                   |                       |
| ¿Cuál fue el resultado de su más reciente hemoglobina A1C (verificada por su médico)?                   |                       |                           |                   |                       |
| Mes/Año de su último examen:  | Resultados de A1C:    |                           |                   |                       |
| Cuándo fue la última prueba de A1C?   |                       |                           |                   |                       |
| Mes:  | Año:                  |                           |                   |                       |
| ¿Con qué frecuencia se hace la prueba de A1C?   |                       |                           |                   |                       |
| ¿Qué es lo que su médico quiere que sea su A1C?   |                       |                           |                   |                       |
| ¿Tiene usted glucómetro? Sí No  |                       |                           |                   |                       |
| En caso afirmativo, ¿de qué tipo?   |                       |                           |                   |                       |
| ¿Con qué frecuencia revisa su nivel de azúcar? (Marque uno)   |                       |                           |                   |                       |
| Diario  | Semanal               | 2-3 veces al día          | 4-6 veces por día | 7 o más veces por día |
| ¿Ha tenido alguna lectura baja de azúcar en la sangre/reacciones hipoglucémicas en el último año? Sí No |                       |                           |                   |                       |
| En caso afirmativo, ¿cuál fue la lectura?   |                       |                           |                   |                       |
| ¿Alguna vez ha trabajado con un dietista o nutricionista? Sí No   |                       |                           |                   |                       |
| Si si, ¿cuándo?   |                       |                           |                   |                       |
| ¿Alguna vez ha tomado clases de educación sobre la diabetes? Sí No                                      |                       |                           |                   |                       |
| ¿Con qué frecuencia hace ejercicio?   |                       |                           |                   |                       |
| No Activo   | 1-3 veces a la semana | 4 o más veces a la semana |                   |                       |
| ¿Cuál fue su última lectura de la presión arterial y cuándo fue tomada?                                 |                       |                           |                   |                       |
| Presión sanguínea:  | Fecha:                |                           |                   |                       |
| ¿Cuál fue su última lectura de colesterol y cuándo fue tomada?  |                       |                           |                   |                       |
| Total:  | Triglicéridos:        | HDL:                      | LDL:              | Fecha:                |
| ¿Cuál es tu peso?   |                       |                           |                   |                       |
| ¿Cuál es tu altura?   |                       |                           |                   |                       |
| ¿Cuándo fue su último examen de la vista?   |                       |                           |                   |                       |
| Mes:  | Año:                  |                           |                   |                       |
| ¿Ha tenido algún cambio de visión relacionado con su diabetes? Sí No                                    |                       |                           |                   |                       |
| Si la respuesta es afirmativa, explique:  |                       |                           |                   |                       |
| ¿Cuándo fue su último examen de pie?  |                       |                           |                   |                       |
| Mes:  | Año:                  |                           |                   |                       |
| ¿Ha tenido usted algún entumecimiento, hormigueo o dolor en los pies y las piernas? Sí No               |                       |                           |                   |                       |
| ¿Cree usted que está haciendo un buen trabajo en el manejo de la diabetes? Sí No                        |                       |                           |                   |                       |
| Explique:   |                       |                           |                   |                       |

**Por favor complete el siguiente acerca de su historial de salud**

| <b>¿Tiene usted alguna de las siguientes condiciones de salud?</b>               | <b>Sí</b> | <b>No</b> | <b>Explique brevemente</b> |
|--|-----------|-----------|----------------------------|
| 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?   |           |           |                            |

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

| <b>Información de Salud General</b>  |                   |
|--|-------------------|
| ¿Recibe una vacuna anual contra la gripe?  | Sí No             |
| ¿Alguna vez ha tenido la vacuna contra la neumonía?  | Sí No             |
| ¿Cuándo fue su ultimo examen dental?   | Mes: Año:         |
| Tiene cobertura dental a través del plan de salud de Smithfield?   | Sí No             |
| Si no, consideraria preguntar por la cobertura dental en su próxima inscripción abierta?   | 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 ayudarlo 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 aplicación y formulario de consentimiento. El personal se comunicará con usted y 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.



**CONSENT FOR DIABETES PROGRAM MANAGEMENT AND RELEASE OF MEDICAL RECORDS**

**PATIENT NAME:** \_\_\_\_\_

**DATE OF BIRTH:** \_\_\_\_\_

In order to allow my case manager to assist me with my health care needs and to discuss those needs with my health care providers, I give permission for [Mid-Atlantic Health Solutions](#):

1. To contact my health care providers in regards to my medical needs in order to assist in the development of my Diabetes Management Plan.
2. To receive medical information about my condition including but not limited to treatment plans and laboratory results related to my diabetes management.
3. To release verbal or written information that is related to my medical condition(s) to my health care providers in order to ensure a complete picture of my health care needs with the understanding that this information will assist in the coordination of my care.

This authorization will be valid for the complete period of time that I am enrolled in the Diabetes Management Program. I understand that any protected health information that is communicated between my health care providers and Mid-Atlantic Health Solutions will be held in strict confidence and shall be used only for the purpose of case management.

My signature on this document represents that I understand in order to participate in the Diabetes Management Program that I must actively participate and provide Hemoglobin A1C results to my case manager at requested intervals. I further understand that participation in the program is completely voluntary and that I can choose not to participate at any time by telling my case manager I desire to withdraw from the program. Upon my request to withdraw from the Diabetes Management Program, this authorization form is automatically null and void.

I agree with all the above conditions and wish to participate in the Diabetes Management Program.

**PATIENT SIGNATURE:** \_\_\_\_\_ **DATE:** \_\_\_\_\_

**\*NOTE: If patient is less than 18 years of age, parent or legal guardian must sign consent below:**

**PRINTED NAME OF PARENT/LEGAL GUARDIAN** \_\_\_\_\_

**SIGNATURE OF PARENT/LEGAL GUARDIAN** \_\_\_\_\_

**DATE:** \_\_\_\_\_

Please sign, date and return this form and the enrollment questionnaire. You may make a copy for your records. You may also fax to 757-562-3537 Thank you.



Good food. Responsibly.®



**Programa de control de diabetes 2021**  
**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 ContourNext 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](http://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](http://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.