

# FORMULARIO DE REQUISITOS PREVIOS DEL PLAN DE NECESIDADES ESPECIALES (SNP)

Cuéntenos sobre usted (en letra de imprenta)

Nombre del miembro _____	Fecha _____
Fecha de nacimiento del miembro _____	N.º de ident. de Medicare _____
Dirección del miembro _____	
Ciudad _____	Estado _____
Código postal _____ Condado _____	N.º de teléfono del miembro _____
Contacto de emergencia del miembro _____	
N.º de teléfono del contacto de emergencia del miembro _____	
¿Considera que no puede salir de su casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

## Médico que actualmente trata al solicitante por la enfermedad que califica

Médico de atención primaria que actualmente trata la(s) afección(es)
Nombre del médico _____
N.º de teléfono del médico _____
Otros especialistas que lo tratan _____
Nombre del médico _____
N.º de teléfono del médico _____
<input type="checkbox"/> Autorizo a AHP a solicitar registros médicos de mi(s) médico(s)

## Preguntas de requisitos clínicos

*(Solo para miembros de los Planes de necesidades especiales crónicas Heart & Diabetes (HMO SNP))*

*Si responde "Sí" a por lo menos una de las preguntas, el candidato reúne los requisitos previos para la afección.*

<b>Diabetes</b>	
• ¿Alguna vez un médico le dijo que usted tiene diabetes (demasiada cantidad de azúcar en la sangre o la orina)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro
• ¿Alguna vez le recetaron o está utilizando insulina o algún medicamento por vía oral que se supone que disminuye el nivel de azúcar en la sangre?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro
<b>Trastornos cardiovasculares</b>	
• ¿Alguna vez un médico le dijo que usted tiene enfermedad de la arteria coronaria, mala circulación debido al endurecimiento de las arterias o venas malas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro
• ¿Alguna vez tuvo un ataque al corazón o fue ingresado en el hospital por angina de pecho (dolor en el pecho)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro
<b>Insuficiencia cardíaca crónica</b>	
• ¿Alguna vez un médico le dijo que usted tiene insuficiencia cardíaca (corazón débil)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro
• ¿Alguna vez tuvo líquido en los pulmones e inflamación en las piernas, acompañados de falta de aire, debido a un problema cardíaco?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No está seguro

**DÉ VUELTA LA HOJA PARA COMPLETAR EL FORMULARIO ➔**

**Médico que actualmente trata al solicitante por la enfermedad que califica**

Médico de atención primaria que actualmente trata la(s) afección(es)

Nombre del médico \_\_\_\_\_

N.º de teléfono del médico \_\_\_\_\_

Otros especialistas que lo tratan \_\_\_\_\_

Nombre del médico \_\_\_\_\_

N.º de teléfono del médico \_\_\_\_\_

Autorizo a AHP a solicitar registros médicos de mi(s) médico(s)

Enumere todos los medicamentos que toma actualmente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Reconozco que, si me uno a Heart & Diabetes (HMO SNP), me estoy inscribiendo en un plan que ofrece programas especiales diseñados específicamente para mantener o mejorar mi afección médica. Comprendo que se me solicita concertar una cita en el Centro de Alignment Healthcare para que mi plan de atención especial entre en vigencia. En ese momento, un proveedor de atención médica también verificará todas las afecciones que reúnan los requisitos previos.

Firma de la persona inscrita \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del agente/intermediario \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del agente/intermediario \_\_\_\_\_

¿Tiene una cita programada en el momento de la inscripción?  Sí  No

Fecha \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ Ubicación \_\_\_\_\_

Alignment Health Plan es un plan HMO y HMO SNP que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Alignment Health Plan depende de la renovación del contrato. Heart & Diabetes (HMO SNP) se encuentra disponible para aquellas personas que tienen diabetes mellitus crónica y para aquellas personas a las que se les ha diagnosticado una enfermedad cardiovascular o insuficiencia cardíaca crónica.