



# Formulario de calificación previa para el Plan de necesidades especiales crónicas (CSNP)

Ultimate Health Plans ofrece planes de necesidades especiales (Special Needs Plans, SNP) diseñados para personas con ciertas condiciones crónicas o discapacitantes, diabetes, enfermedades cardiovasculares (Cardiovascular Disease, CVD), insuficiencia cardíaca crónica (Chronic Heart Failure, CHF) y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD). Usted puede ser elegible para inscribirse en uno de nuestros SNP de atención de pacientes crónicos si puede responder Sí a cualquiera de las preguntas de abajo. Verificaremos la presencia de la condición crónica con su proveedor de atención médica dentro de los 30 días posteriores a la inscripción. Estamos obligados a cancelar su inscripción en el plan de necesidades especiales si no podemos verificar su condición crónica. Por lo tanto, es muy importante que le avise a su médico que le pediremos que verifique la información de abajo, y que escriba en este formulario la información de contacto precisa de su médico u otro proveedor de atención médica.

## ¿Tiene usted una condición crónica?

¿Su médico u otro profesional de atención médica con licencia le diagnosticó alguna de las siguientes condiciones médicas? (Marque todo lo que corresponda)

Enfermedad cardiovascular (CVD):  Sí  No Insuficiencia cardíaca crónica (CHF):  Sí  No  
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD):  Sí  No Diabetes:  Sí  No

### Enfermedad cardiovascular (CVD) Planes 019, 021, 026, 029, 033

¿Tuvo un ataque cardíaco o un coágulo de sangre, o su médico le dijo que corre el riesgo de tener uno?  Sí  No  
¿Tiene dolor en el corazón (angina) o dolor de pierna (claudicación) que surge cuando está activo?  Sí  No  
¿Su médico le dijo que tiene latidos cardíacos irregulares (arritmia cardíaca)?  Sí  No  
¿Toma medicamentos para el corazón o la circulación?  Sí  No

### Insuficiencia cardíaca crónica (CHF) Planes 022, 024, 026, 029, 033

¿Tiene líquido en los pulmones?  Sí  No  
¿Tiene los pies y las piernas hinchados casi todos los días debido al exceso de líquido en su cuerpo?  Sí  No  
¿Toma medicamentos debido al líquido de sus pulmones o para ayudar a que su corazón lata más fuerte?  Sí  No

### Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) Planes 023, 025, 027, 030, 034

¿Siente con frecuencia dificultad para respirar, ya sea en reposo o cuando camina?  Sí  No  
¿Su médico le recetó algún medicamento para ayudarlo a respirar?  Sí  No  
¿Necesita oxígeno para ayudarlo a respirar?  Sí  No

### Diabetes Planes 019, 021, 026, 029, 033

¿Controla en casa su nivel de azúcar en sangre?  Sí  No  
¿Tiene niveles altos de azúcar en sangre?  Sí  No  
¿Toma medicamentos para controlar su azúcar en sangre?  Sí  No

## Información de contacto del proveedor de atención médica

APELLIDO DEL PROVEEDOR:

NOMBRE DEL PROVEEDOR:

NÚMERO DE TELÉFONO:  
()

NÚMERO DE FAX:  
()

## Información del beneficiario

APELLIDO:

NOMBRE:  INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE:

FIRMA:

FECHA DE HOY: (MM/DD/AAAA)  
/ /