



Herramienta de evaluación para la calificación previa a la inscripción de Imperial Health Plan of California (HMO SNP)

Este formulario debe enviarse junto con la solicitud de inscripción para el plan 005 – Senior Value de Imperial Health Plan of California (IHP) (HMO SNP).

Para ser llenado por el solicitante		
Nombre:	Inicial:	Apellido:
Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento:	Número de teléfono:
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:

Preguntas para la calificación clínica

Si tiene alguna de las siguientes condiciones, usted puede ser elegible para inscribirse en el plan 005 de IHP. Antes de finalizar el primer mes de inscripción, IHP confirmará con su médico autorizado si usted tiene la condición médica necesaria para poder inscribirse en el Plan 005 IHP Chronic SNP¹. Si en algún momento actual o en algún momento posterior se determina que ya no tiene la condición médica necesaria, usted ya no será elegible para inscribirse en el Plan 005 IHP Chronic SNP e IHP estará obligado a cancelar su inscripción de dicho plan.

Marque las casillas que correspondan a las condiciones médicas que su médico le ha indicado que puede tener:

- Diabetes Mellitus** (nivel de azúcar en sangre alto)
- Insuficiencia cardíaca crónica**
 - Hipertensión (presión sanguínea alta)
- Enfermedad cardiovascular**
 - Arritmias cardíacas (palpitaciones, latidos cardíacos adicionales, fibrilación auricular, aleteo auricular, frecuencia cardíaca rápida o lenta, marcapasos, desfibrilador, desmayos)
 - Enfermedad de las arterias coronarias (ataques cardíacos, prótesis vasculares (*stent*), cirugía cardíaca)
 - Enfermedad vascular periférica (mala circulación)
 - Enfermedad tromboembólica venosa crónica (coágulos sanguíneos)
 - Antecedentes de derrame cerebral
 - Hiperlipidemia (nivel de colesterol alto)

Preguntas sobre los medicamentos

1. ¿Está tomando o alguna vez ha tomado medicamentos para las enfermedades antes mencionadas? Sí No
2. ¿Alguna vez se ha colocado inyecciones de insulina? Sí No
3. ¿Alguna vez ha tomado metformina? Sí No
4. ¿Qué medicamentos está tomando actualmente? _____

Nombre del médico:	Número de teléfono:	Número de fax:
Dirección del médico:		

Autorización de divulgación de la información de salud del solicitante

Por la presente autorizo que el proveedor antes mencionado divulgue mi información de salud a IHP para verificar que he sido diagnosticado(a) con una condición crónica que permite que califique para inscribirme en IHP. Esta autorización aplica a toda la información de salud relacionada con mi historia médica sobre la(s) condición(es) crónica(s) antes mencionada(s) que el proveedor mantiene en sus registros.

_____ Escriba el nombre del solicitante	_____ Firma del solicitante	_____ Fecha
--	--------------------------------	----------------

¹ Plan 005 de Necesidades Especiales Crónicas de IHP.
IR_033.3 H5496 CSNP Assessment_C SP 10/02/23



Herramienta de evaluación para la calificación previa a la inscripción de Imperial Health Plan of California (HMO SNP)

Información del solicitante		
Nombre:	Apellido:	Fecha de nacimiento:
Para ser llenado por el profesional autorizado		
Physician Name:	Phone Number:	Fax Number:
Physician Address:		
I hereby confirm the above applicant has the qualifying chronic condition(s) indicated below. Applicant has: <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus (high blood sugar) <input type="checkbox"/> Chronic Heart Failure <ul style="list-style-type: none">Hypertension (high blood pressure) <input type="checkbox"/> Cardiovascular Disorder <ul style="list-style-type: none">Cardiac arrhythmias (palpitations, extra heart beats, atrial fibrillation, atrial flutter, fast or slow heart rate, pacemaker, defibrillator, fainting)Coronary artery disease (heart attacks, stents, heart surgery)Peripheral vascular disease (poor circulation)Chronic venous thromboembolic disorder (blood clots)History of strokeHyperlipidemia (High cholesterol level)		
_____ Print Name of Physician	_____ Signature:	_____ Date Applicant Seen:
<i>Fax Assessment Tool to IHP at 1-626-380-9066 attention Membership Department</i>		

Si tiene alguna pregunta, por favor, comuníquese con nuestro Departamento de Membresía al 1-800- 838-8271, TTY: 711, de lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Pacífico, desde el 1° de octubre hasta el 31 de marzo; y de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. y sábados y domingos de 10:00 a.m. a 2:00 p.m., hora del Pacífico, desde el 1° de abril hasta el 30 de septiembre, excepto días festivos.

Imperial Health Plan es una (HMO) (HMO SNP) con un contrato de Medicare. La inscripción en Imperial Health Plan depende de la renovación del contrato.

Imperial Health Plan of California (HMO) (HMO SNP) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o género.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-838-8271 (TTY: 711).

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 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)。