



Herramienta de Evaluación de Calificación Previa a la Inscripción

Los Planes de Necesidades Especiales Crónicas (C-SNP) son un tipo de plan coordinado de Medicare Advantage enfocado en personas con necesidades especiales crónicas. GlobalHealth ofrece planes de necesidades especiales crónicas diseñados para personas con ciertas condiciones crónicas o discapacitantes.

Usted podría ser elegible para unirse a uno de los C-SNP de GlobalHealth si puede responder **Sí** a cualquiera de las preguntas a continuación. GlobalHealth necesitará obtener la verificación de la condición crónica de su médico dentro del primer mes de la inscripción. Si no podemos verificar su condición crónica, debemos darle de baja de este plan de necesidades especiales crónicas. Es muy importante que le informe a su médico que requeriremos su verificación y que nos proporcione información de contacto precisa de su médico en la parte inferior de este formulario.

PREGUNTAS CLÍNICAS PARA PRE-CALIFICAR SU ELEGIBILIDAD EN UN C-SNP

¿Su médico u otro profesional de la salud con licencia le ha diagnosticado alguna de las siguientes condiciones médicas? (Marque todas las que apliquen)

Insuficiencia Cardíaca Crónica (ICC) ☐ Sí ☐ No

Trastorno Cardiovascular ☐ Sí ☐ No

Diabetes Mellitus ☐ Sí ☐ No

Insuficiencia Cardíaca Crónica

¿Tiene líquido en los pulmones? ☐ Sí ☐ No

¿Tiene hinchazón en los pies y las piernas casi todos los días debido a un exceso de líquido en su cuerpo? ☐ Sí ☐ No

¿Toma medicamentos para el líquido en los pulmones o para ayudar a que su corazón lata con más fuerza? ☐ Sí ☐ No

Trastorno Cardiovascular

¿Ha tenido un ataque cardíaco o su médico le ha dicho que está en riesgo de tener uno? ☐ Sí ☐ No

¿Tiene dolor de corazón (angina) o dolor en las piernas (claudicación) que aparece cuando está activo? ☐ Sí ☐ No

¿Toma medicamentos para el corazón o la circulación? ☐ Sí ☐ No

Diabetes Mellitus

¿Se mide el azúcar en la sangre en casa? ☐ Sí ☐ No

¿Tiene el azúcar en la sangre alta? ☐ Sí ☐ No

¿Toma medicamentos para controlar el azúcar en la sangre? ☐ Sí ☐ No

Beneficiary Information

Nombre del Beneficiario:

Apellido:

Nombre:

(Opcional) Inicial del Segundo Nombre:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fecha de
Nacimiento:

M	M			D	D			Y	Y	Y	Y
		/			/						

Número de Identificación de Medicare (HICN):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Autorizo a los proveedores que se enumeran a continuación a compartir mi información de salud con GlobalHealth para verificar que tengo una condición crónica que me califica para la inscripción en el plan de necesidades especiales crónicas de GlobalHealth. Esta autorización se aplica a toda la información de salud mantenida por el proveedor con respecto a mi historial médico para la(s) condición(es) crónica(s) indicada(s) en la primera página. Nota: GlobalHealth protegerá la información divulgada como resultado de esta autorización de acuerdo con todas las leyes y requisitos estatales y federales aplicables. Llámenos si tiene preguntas o necesita ayuda con este formulario. Puede comunicarse con nosotros al 1-844-280-5555 (TTY: 711). El horario de operación es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre). Visítenos en cualquier momento en www.globalhealth.com.

Firma del
Solicitante:

Fecha de Hoy:

M	M			D	D			Y	Y	Y	Y
		/			/						

Firma de
Representante
Autorizado:

Firma de
Proveedor:

Nombre de su Médico o Proveedor de Atención Médica:

Acevedo:

Nombre:

(Opcional) Inicial del Segundo Nombre:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Número de teléfono:

Número de Fax:

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

Nombre de su Médico o Proveedor de Atención Médica:

Acevedo:

Nombre:

(Opcional) Inicial del Segundo Nombre:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Número de teléfono:

Número de Fax:

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

Aviso de Confidencialidad: Esta comunicación es confidencial y privilegiada, y/o información protegida de salud (PHI, por sus siglas en inglés) o información protegida de salud electrónica (ePHI, por sus siglas en inglés) y puede estar protegida por ley, incluyendo la ley HIPAA. Esta comunicación es para uso exclusivo del individuo o entidad a quien ha sido dirigida. Si usted no es el destinatario indicado, queda advertido que cualquier uso, divulgación, distribución, copia, o acto realizado basado en el contenido de esta comunicación está prohibido. Si usted recibió esta comunicación por error, notifique inmediatamente al remitente y procure su devolución.