

HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN PARA CALIFICACIÓN PARA LA INSCRIPCIÓN PREVIA PARA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Y DIABETES (HMO CSNP)

Este formulario debe ser presentado con la solicitud de inscripción en Brand New Day Embrace Care Plan (HMO CSNP) 39 y Brand New Day Embrace Choice Plan (HMO CSNP) 40.

Nombre de pila:	Segundo nombre:	Apellido:
Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Fecha de nacimiento:	

PREGUNTAS CLÍNICAS PARA LA CALIFICACIÓN

Si marca cualquiera de las siguientes opciones, el candidato califica previamente.

¿Alguna vez le ha dicho algún médico que tiene alguna de las siguientes enfermedades?

(Marque todas las opciones que correspondan)

- Enfermedad cardiovascular
- Diabetes
- Insuficiencia cardíaca (de cualquier tipo)
- Hipertensión/Presión arterial alta (ICC en etapa A)
- Corazón hipertensivo con enfermedad renal crónica
- Antecedentes de ACV

PREGUNTAS SOBRE MEDICAMENTOS

1. ¿Está tomando en este momento medicamentos para una enfermedad indicada anteriormente o alguna vez los ha tomado? Sí No

2. ¿Recibió alguna vez inyecciones de insulina? Sí No

3. ¿Alguna vez ha tomado metformina? Sí No

4. ¿Qué medicamentos está tomando actualmente? _____

MÉDICO PRIMARIO: _____

Nombre del Médico

Su clínica o ubicación y número de teléfono

ESPECIALISTA: _____

Nombre del Especialista

Su clínica o ubicación y número de teléfono

Firma del candidato:	Fecha:
----------------------	--------