QuadMed

TAKE**CONTROL**

PROGRAMA DE MANEJO DE AFECCIONES

FORMULARIO DE EVALUACIÓN DEL PROVEEDOR

(MD, DO, NP o PA)

MIEMBRO ACTIVO: Lleve este formulario a su proveedor o especialista en manejo de afecciones cuando visite para conocer los requisitos aplicables del programa. Una vez completado por su proveedor de manejo de afecciones, es su responsabilidad devolver este formulario al equipo de TakeControl. La información contenida en el formulario se utilizará para verificar que ha cumplido con los requisitos del programa anual para miembros activos. Si desea más copias, comuníquese con el coordinador del programa de TakeControl al (228) 205-7667.

NO OLVIDE ENVIAR UNA COPIA DEL FORMULARIO COMPLETO DESPUÉS DE CADA CITA.

NOMBRE DEL PACIENTE (EN LETRA IMPRENTA) _____ FECHA DE NACIMIENTO ___ / ___ / ___

PROVEEDOR: Su paciente se ha inscripto en TakeControl, el Programa de manejo de afecciones relacionadas con asma, diabetes o hipertensión. Llene este formulario en su totalidad y entrégueselo al paciente, envíelo por correo electrónico a TakeControl@quadmedical.com o por fax al (228) 205-7715.

Nota: Si es un proveedor de QuadMed, no necesita completar este formulario.

CRITERIOS DEL PROGRAMA (Proveedor de gestión de condicionesa):	**FECHA DE LA CONSULTA:** ___ / ___ / ___	
CONSUMO DE TABACO	**El paciente:** ☐ no consume tabaco ☐ consume tabaco dejó el tabaco antes de: _____	
ESTATURA/PESO/IMC	Peso _____ Estatura _____ IMC _____	Fecha
PRESIÓN ARTERIAL	Sistólica _____ / Diastólica _____	Fecha
COLESTEROL	Col total _____ HDL _____ LDL _____ TG _____	Fecha
EVALUACIÓN DE ASMA (Solo asma)	☐ Intermitente o EIB ☐ Persistencia leve ☐ Persistencia moderada ☐ Persistencia grave Flujo máximo _____ ACT_____ TRACK _____ Plan de acción para controlar el asma: ☐ Sí ☐ No	Fecha
HbA1C (solo diabetes)	HbA1C _____	Fecha
FUNCIÓN RENAL (Solo diabetes)	Creat. en suero _____ **O** Microalbuminuria en orina _____ Creatinina en orina aleatoria _____ Índice de creatinina en microalbuminuria _____	Fecha
EXAMEN DE PIES (Solo diabetes)	☐ Normal **O** ☐ Con úlcera ☐ Agrietamiento de la piel ☐ Ausencia del pulso pedio ☐ Neuropatía ☐ Antecedentes de amputación ☐ Callos ☐ Deformidad ☐ Uñas de los pies anormales ☐ Otro _____	Fecha
EXAMEN DE LA VISTA (Solo diabetes)	☐ Normal ☐ Retinopatía diabética ☐ Otra _____	Fecha
SEGUIMIENTO MÉDICO ESPECIALISTA	☐ 3 meses ☐ 6 meses ☐ 12 meses ☐ Otro _____	

NOTAS/CAMBIOS DE MEDICAMENTOS:

FIRMA DEL PROVEEDOR / FECHA _____

EN LETRA IMPRENTA (O PROVEA UN SELLO) / FECHA _____

Programa TakeControl de QuadMed | (228) 205-7667 (tel.) | (228) 205-7715 (fax) | TakeControl@quadmedical.com (c. electrónico)
Correo postal a: HII Family Health Center, Attn: TakeControl, 2105 Old Spanish Trail, Gautier, MS 39553

©2021 QuadMed, LLC. Todos los derechos reservados. | CCM052 ING |Rev. 02.22 | En estados determinados, la atención al paciente la presta un consultorio médico que es propiedad de un médico contratado por QuadMed.

For internal use only:
Clinical Date: # _____

QuadMed

TAKE**CONTROL**

PROGRAMA DE MANEJO DE AFECCIONES

FORMULARIO DE EVALUACIÓN DEL PROVEEDOR

(MD, DO, NP o PA)

MIEMBRO ACTIVO: Lleve este formulario a su proveedor o especialista en manejo de afecciones cuando visite para conocer los requisitos aplicables del programa. Una vez completado por su proveedor de manejo de afecciones, es su responsabilidad devolver este formulario al equipo de TakeControl. La información contenida en el formulario se utilizará para verificar que ha cumplido con los requisitos del programa anual para miembros activos. Si desea más copias, comuníquese con el coordinador del programa de TakeControl al (228) 205-7667.

NO OLVIDE ENVIAR UNA COPIA DEL FORMULARIO COMPLETO DESPUÉS DE CADA CITA.

NOMBRE DEL PACIENTE (EN LETRA IMPRENTA) _____

FECHA DE NACIMIENTO ___ / ___ / ___

PROVIDER: Your patient has enrolled in TakeControl, the condition management program for asthma, diabetes and/or hypertension. Please fill out this form completely and either return it to the patient, email it to TakeControl@quadmedical.com or fax it to (228) 205-7715.

Note: If you are a QuadMed provider, you do not need to complete this form.

PROGRAM CRITERIA (Condition Managing Provider):	VISIT DATE: ___ / ___ / ___	
TOBACCO USE	**Patient is:** ☐ Tobacco-free ☐ Using Tobacco Quitting by: _____	
HEIGHT/WEIGHT/BMI	Weight _____ Height _____ BMI _____	Date
BLOOD PRESSURE	Systolic _____ / Diastolic _____	Date
CHOLESTEROL	Total Chol _____ HDL _____ LDL _____ TG _____	Date
ASTHMA ASSESSMENT (Asthma Only)	☐ Intermittent or EIB ☐ Mild Persistent ☐ Moderate Persistent ☐ Severe Persistent Peak Flow _____ ACT_____ TRACK _____ Asthma Action Plan: ☐ Yes ☐ No	Date
HbA1C (Diabetes only)	HbA1C _____	Date
KIDNEY FUNCTION (Diabetes only)	Serum Creat _____ **OR** Microalbumin Urine _____ Creat Random Urine _____ Microalbumin Creat Ratio _____	Date
FOOT EXAM (Diabetes Only)	☐ Normal **OR** ☐ Ulcer ☐ Skin breakdown ☐ Absent pedal pulse(s) ☐ Neuropathy ☐ History of amputation ☐ Callus ☐ Deformity ☐ Abnormal toe nail(s) ☐ Other _____	Date
EYE EXAM (Diabetes only)	☐ Normal ☐ Diabetic Retinopathy ☐ Other _____	Date
SPECIALIST FOLLOW-UP	☐ 3 Months ☐ 6 Months ☐ 12 Months ☐ Other _____	

NOTES/MEDICATION CHANGES:

PROVIDER SIGNATURE / DATE _____

PLEASE PRINT (OR PROVIDE STAMP) **/ DATE** _____

Programa TakeControl de QuadMed | (228) 205-7667 (tel.) | (228) 205-7715 (fax) | TakeControl@quadmedical.com (c. electrónico)
Correo postal a: HII Family Health Center, Attn: TakeControl, 2105 Old Spanish Trail, Gautier, MS 39553

©2021 QuadMed, LLC. Todos los derechos reservados. | CCM052 ING |Rev. 02.22 | En estados determinados, la atención al paciente la presta un consultorio médico que es propiedad de un médico contratado por QuadMed.

For internal use only:
Clinical Date: # _____