A fin de convertirse en un miembro activo del programa TakeControl y reunir las condiciones para recibir descuentos en suministros y medicamentos relacionados con la enfermedad, debe completar el siguiente acto de compromiso y al menos una sesión con un educador de TakeControl. Si aún no lo ha hecho, llame al 855.717.4688 para programar una sesión.

Nombre Del Participante	Apellido	Fecha de nacimiento
Número de teléfono	Dirección segura de c. electrónico <i>(Esto se utilizará para comunicarse con el participante/tutor legal/apoderado mediante un sistema seguro de mensajes de QuadMed).</i>	
Nombre del médico/proveedor	Marque las afecciones por las que se inscribe: ☐ Asma ☐ EPOC ☐ Diabetes ☐ Presión arterial alta	

REQUISITOS DEL PROGRAMA ANUAL PARA MIEMBROS ACTIVOS

Requisito	Asma	Epoc	Diabetes	Presión arterial alta
Clases con docentes de enfermería de TakeControl	●	● ●	● ●	●
Consultas al proveedor de atención primaria	●	● ●	● ●	●
Pruebas A1C			● ●	
Evaluación Respiratoria ACT (Técnica para limpiar las vías respiratorias)/TRACK (Prueba para el control respiratorio y del asma en niños)/CAT (Cuestionario de evaluación de la EPOC)	●	● ●		
Revisión de métricas de salud (PA/Ox. de pulso)	●	● ●	● ●	●
No consumir tabaco o intentar dejar de fumar de forma activa	✓	✓	✓	✓

Al completar este formulario, solicito convertirme en miembro activo del programa de manejo de enfermedades TakeControl. Entiendo que mi participación en este programa es voluntaria y que solo podré reunir las condiciones para recibir los beneficios relacionados con este programa si cumplo con los requisitos delineados para mis enfermedades y si mantengo dicho cumplimiento. Si no cumplo con los requisitos anuales, entiendo que los incentivos de mi programa finalizarán. Este compromiso está vigente hasta el final del año del programa actual y se renovará cada año a menos que notifique al equipo de TakeControl que me gustaría finalizar mi participación como miembro activo del programa.

Al firmar a continuación, reconozco que comprendo los criterios estipulados anteriormente.

Firma del participante	Fecha
Firma del Padre/Tutor Legal/Poder Notarial <i>(marque según corresponda)</i>	Fecha

Por favor regrese a la Equipo TakeControl:
 TakeControl
 W227 N6103 Sussex Road
 Sussex, WI 53089
 Correo electrónico:
 TakeControl@quadmedical.com