QuadMed
TAKECONTROL
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. Para obtener copias adicionales, visite el sitio web de HII TakeControl o comuníquese con el equipo de TakeControl.

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

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

PROVEEDOR: Su paciente se ha inscrito en TakeControl, el programa de control de enfermedades para el asma, la EPOC, la diabetes o la hipertensión. Complete este formulario en su totalidad, fírmelo y devuélvalo al paciente o al equipo de TakeControl utilizando una de las opciones enumeradas en la parte inferior de este formulario.

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
VALORACIÓN RESPIRATORIA (Solo asma y EPOC)	Flujo máximo _____ ACT _____ TRACK _____ Oximetría de pulso _____ CAT _____ 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 DEL PROVEEDOR	☐ 3 meses ☐ 6 meses ☐ 12 meses ☐ Otro _____	

NOTAS/CAMBIOS DE MEDICAMENTOS:

FIRMA DEL PROVEEDOR _____ FECHA _____ **EN LETRA IMPRENTA** (O PROVEA UN SELLO) _____

DEVUELVA EL FORMULARIO COMPLETO AL EQUIPO DEL PROGRAMA TAKECONTROL DE QUADMED USANDO UNA DE LAS SIGUIENTES OPCIONES:

CORREO ELECTRÓNICO	FAX	CORREO - INGALLS	CORREO - NEWPORT NEWS
TakeControl@quadmedical.com	**Ingalls** - (228) 205-7715 **Newport News** - (757) 327-4226	HII Family Health Center, Attn: TakeControl 2105 Old Spanish Trail, Gautier, MS 39553	HII Family Health Center, Attn: TakeControl 4500 Washington Ave., Newport News, VA 23607

©2023 QuadMed, LLC. Todos los derechos reservados. | CCM094 | Rev. 07.23 | 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

TAKECONTROL

CONDITION MANAGEMENT PROGRAM

PROVIDER ASSESSMENT FORM

(MD, DO, NP or PA)

ACTIVE MEMBER: Take this form to your provider or specialist when you visit for applicable program requirements. Once completed by your provider, it is your responsibility to return this form to the TakeControl Team. The information contained on the form will be used to verify that you have met the annual program requirements for active members. For additional copies, visit the HII TakeControl website or contact the TakeControl Team.

DON'T FORGET TO SEND A COPY OF THE COMPLETED FORM AFTER EACH APPOINTMENT.

PATIENT'S FIRST NAME (PLEASE PRINT) _____ LAST NAME _____ DATE OF BIRTH (mm/dd/yyyy) _____

PROVIDER: Your patient has enrolled in TakeControl, the condition management program for asthma, COPD, diabetes and/or hypertension. Please fill out this form completely, sign it, and either return it to the patient or to the TakeControl Team using one of the options listed on the bottom of this form.

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

PROGRAM CRITERIA (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
RESPIRATORY ASSESSMENT (Asthma & COPD only)	Peak Flow _____ ACT_____ TRACK _____ Pulse Ox _____ CAT _____ 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
FOLLOW-UP RECOMMENDATION	☐ 3 Months ☐ 6 Months ☐ 12 Months ☐ Other _____	

NOTES/MEDICATION CHANGES:

PROVIDER SIGNATURE _____ DATE _____ PRINT PROVIDER NAME (OR PROVIDE STAMP) _____

RETURN COMPLETED FORM TO THE QUADMED TAKECONTROL PROGRAM TEAM USING ONE OF THE OPTIONS BELOW:

EMAIL	FAX	MAIL - INGALLS	MAIL - NEWPORT NEWS
TakeControl@quadmedical.com	**Ingalls** - (228) 205-7715 **Newport News** - (757) 327-4226	HII Family Health Center, Attn: TakeControl 2105 Old Spanish Trail, Gautier, MS 39553	HII Family Health Center, Attn: TakeControl 4500 Washington Ave., Newport News, VA 23607

©2023 QuadMed, LLC. All rights reserved. | CCM094 ING | Rev. 02.23 | In select states, patient care is provided by a physician-owned medical practice contracted with QuadMed.

For internal use only:

Clinical Date: # _____