QuadMed

TAKECONTROL℠

PROGRAMA DE MANEJO DE AFECCIONES

COMPROMISO

Para ser miembro activo del programa TakeControl y recibir el incentivo del plan de beneficios con tarifa de $0, debe completar el siguiente documento de compromiso y tomar al menos una clase con el docente de enfermería de TakeControl. Si no lo ha hecho, llame al (228) 205-7667 (Ingalls) o (757) 327-4183 (Newport News) para programar una sesión.

Nombre Del Participante _____ Apellido _____ Fecha de nacimiento _____

Número de teléfono _____ Dirección segura de c. electrónico *(Esto se utilizará para comunicarse con el participante/tutor legal/apoderado mediante un sistema seguro de mensajes de QuadMed).*

Nombre del médico/proveedor _____

Marque las afecciones por las que se inscribe: ☐ Asma ☐ EPOC ☐ Diabetes ☐ Presión arterial alta

PROGRAMA DE REQUISITOS ANUALES PARA MIEMBROS ACTIVOS

Requisito	Asma	EPOC	Diabetes		Presión arterial alta
			A1c ≤ 9%	A1c > 9%	
Sesión con docentes de enfermería de TakeControl	●	● ●	● ●	● ● ●	●
Visita al proveedor de salud	●	● ●	● ●		●
Prueba 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)	●	● ●	● ●		●
Actividad física	●	●	●		●
Actividad de nutrición	●	●	●		●
No consumir tabaco o intentar dejar de fumar de forma activa	√	√	√		√

Al completar este formulario, solicito ser un miembro activo en el programa de manejo de afecciones de TakeControl. Entiendo que mi participación en este programa es voluntaria y que solo podré calificar para acceder a los beneficios relacionados con este programa si reúno, y sigo reuniendo, los requisitos detallados para mis afecciones. En caso de que no cumpla con los requisitos anuales, entiendo que se terminará el incentivo del plan de beneficios con tarifa de $0. Este compromiso tiene vigencia hasta el final del año actual del programa y se renovará todos los años, a menos que le avise al docente de enfermería o al coordinador del programa de TakeControl que quisiera finalizar mi participación como miembro activo en el programa.

Al firmar a continuación, reconozco que entiendo los criterios según lo establecido anteriormente.

Firma del participante _____ Fecha _____

Firma del padre/tutor legal/apoderado *(encierre en un círculo lo que corresponda)* _____ Fecha _____

Por favor regrese a la Equipo TakeControl:

Entrega:
Centro de salud familiar HII
o
Correo electrónico:
TakeControl@quadmedical.com

©2021 QuadMed, LLC. Todos los derechos reservados. | CCM095 | Rev. 04.24
En determinados estados, la atención al paciente la proporciona un consultorio médico propiedad de un médico contratado por QuadMed.

For internal use only:
Clinical Date: # _____