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 Quad 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
TakeControl@quadmedical.com	414.566.8110	QuadMed Sussex, Attn: T akeControl, W227 N6103 Sussex Rd., Sussex, WI, 53089

©2023 QuadMed, LLC. Todos los derechos reservados. | CCM0114 QUAD | Rev. 08.23 | 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: # _____