QuadMed

TAKECONTROL℠

PROGRAMA DE MANEJO DE AFECCIONES

COMPROMISO

Para convertirse en miembro activo del programa TakeControl y calificar para recibir descuentos en suministros y medicamentos relacionados con afecciones, debe inscribirse en Rx Savings Solutions, completar el siguiente compromiso y asistir al menos a 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 *(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

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 *(marque según corresponda)* _____ Fecha _____

Por favor regrese a la Equipo TakeControl:
TakeControl
W227 N6103 Sussex Road
Sussex, WI 53089

Correo electrónico:
TakeControl@quadmedical.com

© 2024 QuadMed, LLC. Todos los derechos reservados. | CCM113 QUAD RXSS | Rev. 03.24 | En algunos estados, la atención al paciente se brinda a través de un consultorio médico privado contratado por QuadMed.