



Herramienta de Evaluación de Calificación Previa a la Inscripción

Los Planes de Necesidades Especiales Crónicas (C-SNP) son un tipo de plan coordinado de Medicare Advantage enfocado en personas con necesidades especiales crónicas. GlobalHealth ofrece planes de necesidades especiales crónicas diseñados para personas con ciertas condiciones crónicas o discapacitantes.

Usted podría ser elegible para unirse a uno de los C-SNP de GlobalHealth si puede responder Sí a cualquiera de las preguntas a continuación. GlobalHealth necesitará obtener la verificación de la condición crónica de su médico dentro del primer mes de la inscripción. Si no podemos verificar su condición crónica, debemos darle de baja de este plan de necesidades especiales crónicas. Es muy importante que le informe a su médico que requeriremos su verificación y que nos proporcione información de contacto precisa de su médico en la parte inferior de este formulario.

PREGUNTAS CLÍNICAS PARA PRE-CALIFICAR SU ELEGIBILIDAD EN UN C-SNP

¿Su médico u otro profesional de la salud con licencia le ha diagnosticado alguna de las siguientes condiciones médicas? (Marque todas las que apliquen)

- | | |
|--------------------------------------|---|
| Insuficiencia Cardíaca Crónica (ICC) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Trastorno Cardiovascular | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Diabetes Mellitus | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

Insuficiencia Cardiaca Crónica

- | | |
|--|---|
| ¿Tiene líquido en los pulmones? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Tiene hinchazón en los pies y las piernas casi todos los días debido a un exceso de líquido en su cuerpo? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Toma medicamentos para el líquido en los pulmones o para ayudar a que su corazón late con más fuerza? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

Trastorno Cardiovascular

- | | |
|--|---|
| ¿Ha tenido un ataque cardiaco o su médico le ha dicho que está en riesgo de tener uno? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Tiene dolor de corazón (angina) o dolor en las piernas (claudicación) que aparece cuando está activo? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Toma medicamentos para el corazón o la circulación? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

Diabetes Mellitus

- | | |
|---|---|
| ¿Se mide el azúcar en la sangre en casa? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Tiene el azúcar en la sangre alta? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Toma medicamentos para controlar el azúcar en la sangre? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

