

## Herramienta de evaluación de calificación de preinscripción para enfermedades cardiovasculares y diabetes (HMO C-SNP)

Este formulario debe enviarse con la solicitud de inscripción a Brand New Day Embrace Care Plan (HMO C-SNP) 39, Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) 40 y Embrace Care Plan (HMO C-SNP) 47.

Nombre:	Inicial del segundo nombre:	Apellido:
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento:	

### Preguntas de calificación clínica

Si marca alguna de las opciones siguientes, el candidato cumple con los requisitos previos de calificación.

¿Alguna vez un médico le dijo que tiene alguna de las siguientes enfermedades?  
(Marque todas las opciones que correspondan)

- Enfermedades cardiovasculares como:
- Arritmias cardíacas
  - Enfermedad de la arteria coronaria
  - Enfermedad vascular periférica
  - Trastorno tromboembólico venoso crónico
- Diabetes
- Insuficiencia cardíaca crónica (ICC)

### Preguntas sobre medicamentos

1. ¿Está tomando o tomó alguna vez medicamentos para una de las enfermedades mencionadas arriba?  Sí  No
2. ¿Alguna vez se aplicó inyecciones de insulina?  Sí  No
3. ¿Alguna vez tomó metformina?  Sí  No
4. ¿Qué medicamentos está tomando actualmente? \_\_\_\_\_

**Médico de atención primaria:** \_\_\_\_\_  
*Nombre del médico*

\_\_\_\_\_  
*Su clínica o ubicación y número de teléfono*

**Especialista:** \_\_\_\_\_  
*Nombre del especialista*

\_\_\_\_\_  
*Su clínica o ubicación y número de teléfono*

Firma del candidato: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_