

Công cụ Đánh giá Đủ điều kiện Trước Ghi danh cho Bệnh Tim mạch & Tiểu đường (HMO C-SNP)

Mẫu này phải được gửi với đơn ghi danh cho Brand New Day Embrace Care Plan (HMO C-SNP) 39, Embrace Choice Plan (HMO C-SNP) 40, và Embrace Care Plan (HMO C-SNP) 47.

Tên:	Tên đệm:	Họ:
Giới tính: <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	NS:	

Các Câu hỏi về Điều kiện về mặt Lâm sàng

Nếu chọn bất kỳ điều nào sau đây, tính đủ điều kiện trước của ứng viên.

Bác sĩ đã từng thông báo với quý vị rằng quý vị bị bất kỳ bệnh nào sau đây chưa?
(Đánh dấu vào tất cả các câu áp dụng)

- Bệnh Tim mạch như:
- Rối loạn nhịp tim
 - Bệnh động mạch vành
 - Bệnh mạch máu ngoại vi
 - Rối loạn huyết khối tĩnh mạch mạn tính
- Bệnh tiểu đường
- Suy tim Sung huyết (CHF)

Câu hỏi về Dược phẩm

1. Hiện tại hay quý vị đã từng dùng dược phẩm cho bệnh được liệt kê ở trên chưa? Có Không
2. Quý vị đã từng được tiêm Insulin chưa? Có Không
3. Quý vị đã từng dùng Metformin chưa? Có Không
4. Quý vị hiện đang dùng dược phẩm nào? _____
- _____
- _____

Bác sĩ chính: _____*Tên Bác sĩ**Phòng khám hoặc địa điểm và số điện thoại của bác sĩ***Bác sĩ chuyên khoa:** _____*Tên Bác sĩ chuyên khoa**Phòng khám hoặc địa điểm và số điện thoại của bác sĩ*

Chữ ký của Ứng viên: _____ Ngày: _____