

Le damos la bienvenida al Programa de control de afecciones Be Well

¿Qué es el control de afecciones Be Well?

El Programa de control de afecciones Be Well está diseñado para mejorar la salud de personas con afecciones crónicas específicas. Este es un programa de participación voluntaria; es decir, usted decide si desea participar. Se sigue un modelo de atención primaria en el que permanecerá con el mismo administrador de la afección durante todo el proceso.

Las sesiones abarcarán:

- Detalles específicos de la afección
- Posibles complicaciones
- Factores de riesgo modificables
- Orientación en habilidades para el autocuidado
- Instrucción en medicamentos según sea necesario
- Alimentación saludable y actividad física relacionada
- Necesidades de afección preventiva continua.

El administrador de la afección:

- Tiene capacitación especial en el manejo de afecciones crónicas.
- Trabaja con usted personalmente, siguiendo los lineamientos de medicina basada en la evidencia.
- Programará la frecuencia de visitas con base en su afección y disponibilidad;
- Le proporcionará el conocimiento, las habilidades y la motivación para manejar su cuidado de manera eficaz;
- Le ayudará a formular objetivos escalonados que le ayuden a alcanzar su meta principal;
- Le ayudará a identificar sus retos y las estrategias para afrontarlos;
- Mantendrá todas las conversaciones privadas y confidenciales;
- Es atento y puntual; y
- Además, será su guía en el camino hacia una mejor salud.

El (la) participante:

- Se esforzará por comunicarse de manera abierta con su administrador de cuidado;
- Será puntual, receptivo(a) y estará listo(a) para las sesiones;
- Estará dispuesto(a) y será honesto(a) con respecto a la información que sea relevante para su afección;
- Hará preguntas para asegurarse de que entienda las explicaciones y las instrucciones dadas;
- Se esforzará por hacer los cambios y seguirá las sugerencias ofrecidas: Es posible que se le anime a introducir algunos cambios en su estilo de vida, rutinas cotidianas, cumplimiento del tratamiento, hábitos alimentarios y actividad física para mejorar su salud;
- Se comunicará con el administrador de la afección con al menos 24 horas de anticipación si necesita reprogramar una cita;
- Además, notificará al administrador de la afección si decide dejar el programa.
- Participará en 2 visitas virtuales telefónicas anuales del Programa de control de afecciones Be Well; y
- Si participa en el Programa de control de afecciones Be Well para la diabetes, el participante se asegurará de que se envíen 2 resultados de las pruebas de HbA1C al administrador de la afección anualmente.

Información adicional

¿Cómo se incluirá a mi proveedor de atención médica?

- Si acude al Shaw Family Health Center para sus consultas de atención primaria, su administrador de afecciones trabajará con su proveedor para establecer un plan de atención coordinada. Si desea mantener su relación con su proveedor de servicios en la comunidad, trabajaremos con él (ella) si usted da su consentimiento. El control de afecciones no cambia el plan de tratamiento de su proveedor, sino que lo complementa, proporcionándole información y comprensión de su afección para que tenga la mejor salud posible.

¿Mi empleador tendrá acceso a mi información?

- No: Premise Health facilita este programa junto con el centro de salud. Su empleador contrata a Premise Health para proporcionar los servicios de forma confidencial. No se compartirá con su empleador su información personal ni los datos que le puedan identificar. Se aplica el Aviso de Prácticas de Privacidad que recibió al inscribirse en el centro de salud. Se le pedirá que firme una Autorización de Uso y Divulgación de Información Médica Protegida con el fin de autorizar una divulgación específica de su información médica protegida.

¿Existen beneficios adicionales al inscribirme en este programa

- Acceso gratuito e ilimitado a su equipo de Be Well.
- Flexibilidad en las citas.
- Algunos de sus medicamentos e insumos son gratuitos solo por participar y cumplir con el programa.
- Garantía de que su salud puede mejorar y tendrá una mejor calidad de vida.

Al completar y firmar el presente formulario, solicito participar en el Programa de control de afecciones Be Well que se ofrece a través del Plan médico Shaw. Comprendo que mi participación es voluntaria y solo podré ser elegible para los medicamentos e insumos gratuitos asociados con este programa si cumplo con la información solicitada y continúo con mi participación.

Firma del participante

Fecha

Número de contacto:

Instrucciones para la inscripción

¿Su proveedor de atención primaria se encuentra en el Shaw Family Health Center? De ser así, complete la sección A y envíe el formulario por fax al 706.609.3397 o por correo electrónico a shawreferral@premisehealth.com. Nos comunicaremos con usted para programar una cita.

Si su proveedor de atención primaria está en la comunidad (no en el Shaw Family Health Center), envíe toda la información en las secciones A y B, junto con la firma del proveedor de atención primaria, por fax al 706.609.3397 o al correo electrónico shawreferral@premisehealth.com.

Para seguir cumpliendo con las normas y continuar ofreciendo medicamentos sin costo, los/las participantes en el programa Be Well para Diabetes deben proporcionar un diagnóstico de diabetes y un A1C de 6.5 o más al momento del diagnóstico. Prediabetes no califica.

SECCIÓN A:

Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _/_____/_____

Nombre del proveedor de atención primaria: _____

Para afiliados que se inscriben para la diabetes
HbA1C en el momento del diagnóstico: _____

Firma del proveedor de atención primaria: _____

Teléfono: _____

Encierre en un círculo las afecciones por las que se inscribe:

Asma EPOC Hipertensión (presión arterial alta)

Diabetes Dislipidemia (niveles altos de lípidos)

SECCIÓN B

Formulario de evaluación del Programa de control de afecciones Be Well

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de contacto: _____

Signos vitales: todos los afiliados	Fecha: _____ Presión arterial: _____ Peso: _____ Altura: _____ Índice de masa corporal (BMI): _____
Hipertensión	Complete la sección de signos vitales anterior.
Diabetes* y/o dislipidemia (colesterol alto)	HbA1C: Fecha: _____ Resultado: _____ Panel lipídico: Fecha: _____ Colesterol total: _____ TGL: _____ LDL: _____ HDL: _____ Examen oftalmológico: Fecha: _____ Normal: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Hallazgo de retinopatía diabética: <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave Examen de pies: Fecha: _____ Hallazgo de sensibilidad alterada por diabetes: <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Grave
Asma	<input type="checkbox"/> Completamente controlada <input type="checkbox"/> Algo controlada <input type="checkbox"/> Nada controlada <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Intermitente <input type="checkbox"/> Leve persistente <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Grave persistente
EPOC (COPD)	<input type="checkbox"/> Completamente controlada <input type="checkbox"/> Algo controlada <input type="checkbox"/> Nada controlada <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Intermitente <input type="checkbox"/> Leve persistente <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Grave persistente

* Las personas inscritas deben proporcionar un diagnóstico de diabetes y una HbA1C de 6.5 o más. Prediabetes no califica.

Nombre del proveedor de atención primaria: _____

Firma del proveedor de atención primaria: _____ Fecha: _____

Presente este formulario en persona en el Shaw Family Health Center, envíelo por correo postal a Shaw Family Health Center, 2659 Abutment Road, Dalton, GA 30721, envíelo por fax a: 706-609-3397, envíe un correo electrónico a shawreferral@Premisehealth.com.

Autorización para Tratamiento y Reconocimiento de Notificación de Prácticas de Privacidad por parte del Paciente

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO

Autorizo a Premise Health a que me sean efectuados todos los exámenes médicos, pruebas y tratamientos necesarios y razonables. Solicito voluntariamente al proveedor, que explique la naturaleza, los riesgos y el propósito de un examen médico, pruebas y tratamiento, incluidas las posibles alternativas, si no doy mi autorización para el tratamiento. Entiendo que puedo cambiar de opinión sobre el tratamiento. Si tengo alguna pregunta sobre mi examen, prueba o tratamiento, Premise Health y el proveedor no procederán con el mismo, salvo que se trate de una emergencia, hasta que dichas preguntas hayan sido respondidas para que yo esté completamente informado.

Reconozco que es importante proporcionar toda mi información médica relevante a Premise Health y a mi proveedor, y en la medida en que se necesiten y realicen exámenes, pruebas o tratamientos adicionales, puede que sea necesario que yo deba leer y firmar autorizaciones adicionales.

Hago saber que no se me ha ofrecido ninguna garantía sobre un resultado médico, efecto o cura definitiva.

Para atender mejor a nuestros pacientes, Premise Health ofrece algunos servicios de atención médica con combinaciones de comunicaciones de video interactivas, asincrónicas, teléfono y/o por medio de transmisión electrónica de información. Esto puede ayudar en la evaluación, diagnóstico, manejo y tratamiento de ciertas condiciones de salud. Este proceso se conoce como "telemedicina" o "telesalud". En un encuentro de telesalud, un proveedor de atención médica puede evaluarlo y tratarlo desde un lugar distante. Dado que esto difiere de una evaluación tradicional, es importante lea, comprenda y acepte lo siguiente:

- Según mi opción, Premise Health puede proporcionar algunos servicios a través de telesalud. La telesalud ofrece un acceso conveniente y oportuno para los servicios de atención médica, pero no siempre es un sustituto para las consultas cara a cara. Entiendo que, al igual que cualquier tecnología, la telesalud tiene limitaciones. Aunque es poco probable, es posible que parte de la información se pierda debido a fallas técnicas. En última instancia, mi proveedor de atención médica puede determinar que la telesalud no es el medio más apropiado para tratar mi(s) afección(es). Entiendo que el uso apropiado de telesalud es una decisión que solo puede tomar mi proveedor.
- Entiendo que puedo retirar mi permiso en cualquier momento y que no tengo que responder a preguntas que considero inapropiadas o que no estoy dispuesto a responder y que sean escuchadas por otros profesionales médicos en la sala con mi proveedor. No obstante, soy consciente de que las normas de confidencialidad de la salud se aplican a las sesiones de telesalud tal como lo harían en cualquier otro encuentro de atención médica. Si bien cualquier comunicación puede ser registrada y agregada a mis registros médicos, estas grabaciones y registros permanecen confidenciales. El portal de comunicaciones electrónicas de Premise Health encripta todas las transmisiones de datos y autentica a todos los usuarios antes de que estos puedan acceder a los datos de atención médica. Reconozco que a pesar de estas medidas de seguridad, sigue siendo posible, aunque poco probable, que los datos aún puedan ser comprometidos.
- Al ejecutar esta autorización, autorizo la transmisión electrónica de mi información. Entiendo que si no elijo participar en una sesión de telesalud, no se tomarán medidas en mi contra que causen una demora en mi atención y que aún pueda tener una consulta cara a cara. También autorizo que la información de mi encuentro de telesalud sea enviada a mi proveedor de atención primaria, en caso de que mi proveedor de atención primaria sea distinto al proveedor que me ha atendido vía telesalud. **PUEDO DECLINAR QUE ESTA AUTORIZACIÓN SEA REMITIDA A MI PROVEEDOR PRIMARIO SI ESTE NO ES UN PROVEEDOR DE PREMISE HEALTH.**

He leído, o me ha sido leída, esta autorización para tratamiento y he quedado satisfecha con la explicación de la misma. Entiendo que esta autorización para tratamiento es válida desde la fecha en que la firme hasta que se termine la relación médico-paciente; se designe un nuevo representante de cuidados de la salud; o que yo revoque esta autorización. Entiendo que cualquier procedimiento de diagnóstico o tratamiento invasivo que me sea propuesto, requerirá de una autorización informada por separado.

"Premise Health" significa Premise Health Employer Solutions LLC, junto con sus entidades afiliadas y organizaciones profesionales, incluyendo su personal profesional, técnico y administrativo que provee servicios como parte de la clínica Premise Health.

Reconocimiento de Notificación de Prácticas de Privacidad:

Hago saber que el día de hoy o en visita previa recibí la Notificación de Prácticas de Privacidad de Premise Health, y que sé que puedo recibir una copia con tan solo solicitarla o a través del sitio web de Premise Health.

Firma del Paciente/Representante Persona	Fecha
Nombre del Paciente/Participante (Favor imprimir)	Fecha de nacimiento
Relación del Representante Personal (padre/madre/guardián legal: _____)	

FOR SITE USE ONLY

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices, but acknowledgement could not be obtained because:

- _____ Patient did not sign or refused to sign
- _____ Communication barriers prohibited obtaining the acknowledgement
- _____ An emergency prevented us from obtaining acknowledgement
- _____ Other (Please describe: _____)

Aviso y autorización del programa de incentivos del empleado

Su empleador ha contratado a Premise Health Employer Solutions, LLC, junto con sus afiliados profesionales ("Premise Health") para prestar determinados servicios de salud o bienestar en relación con el programa de incentivos voluntarios de su empleador.

Si corresponde, al participar en el programa de incentivos, usted acepta la recolección de una muestra de sangre y/o fluidos corporales. Entiende y reconoce que la extracción de sangre mediante una aguja o punción en el dedo puede causar dolor, un hematoma o, en ocasiones poco frecuentes, una infección. También da su consentimiento para la obtención de datos biométricos adicionales (altura, peso, presión arterial, perímetro de la cintura y quizás otras mediciones, según el diseño del programa), antecedentes de salud, examen físico, asesoramiento de salud y otros servicios en función del programa de incentivos de su empresa. Entiende que un análisis biométrico y otros exámenes no pretenden sustituir la atención de un profesional médico y que Premise Health puede recomendarle que busque atención médica adicional en función del cribado.

Si corresponde, al participar en el programa de incentivos, es posible que se le pida que complete una evaluación de riesgos de salud ("HRA") voluntaria, que presenta una serie de preguntas acerca de actividades y conductas relacionadas con la salud, y si tuvo o tiene determinadas afecciones médicas (por ejemplo, cáncer, diabetes o enfermedad cardíaca).

Si corresponde, al participar en el programa de vacunación contra la influenza, es posible que se le haga una serie de preguntas sobre ciertas afecciones médicas.

Protección de su información médica: Premise Health se compromete a cumplir con todas las leyes y reglamentos aplicables que rigen la privacidad y seguridad de su información médica personal. En la medida en que la información esté sujeta a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos ("HIPAA") y sus reglamentos de aplicación, Premise Health cumplirá con la HIPAA y mantendrá la privacidad y seguridad de su información médica protegida ("PHI") de acuerdo con su Aviso de prácticas de privacidad ("Aviso"), que Premise Health le ha proporcionado. Este Aviso también está disponible en el Centro de salud y en el sitio web de Premise Health. También puede solicitar una copia de este Aviso a Premise Health en cualquier momento.

Autorización: Entiendo que mi participación en el programa de incentivos es estrictamente voluntaria, pero para determinar mi elegibilidad para los incentivos de salud y/o bienestar, el administrador o administradores del programa de salud y bienestar deben recibir un registro de mi participación. Al firmar a continuación, autorizo a Premise Health a divulgar información relacionada con mi participación en el programa con los administradores del programa. Si el programa de incentivos incluye por diseño una revisión de mis resultados (por ejemplo, resultados de mediciones, pruebas o muestras de sangre) para que se me puedan dar recomendaciones en beneficio de mi salud, autorizo a Premise Health a revelar mis resultados a mi empleador, al cliente de Premise o a cualquier tercero que tenga contrato con mi empleador para revisar y analizar dichos resultados en relación con el programa.

Comprendo que esta información puede divulgarse a través de medios electrónicos. También entiendo que la información divulgada en virtud de esta autorización puede ser objeto de divulgación posterior por parte del destinatario y puede dejar de estar protegida por las leyes de privacidad federales o estatales.

Fecha de entrada en vigor: este consentimiento y autorización expirará cinco (5) años después de la fecha de la firma.

Derecho a revocar la autorización para divulgar PHI: Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento presentando una notificación de mi revocación por escrito al Centro de salud, o a Premise Health, Compliance Department, 5500 Maryland Way, Suite 120, Brentwood, TN 37027. Comprendo que mi revocación de esta autorización no afecta ninguna medida tomada antes de la recepción de mi revocación. También entiendo que mi revocación de esta autorización puede afectar mi capacidad para participar en el programa de incentivos y/o de recibir los incentivos.

Firma y copia: he leído y comprendo este formulario en su totalidad y autorizo voluntariamente el consentimiento para tratar y los usos y divulgaciones de la información descritos antes. Confirmando que la persona que ejecuta este formulario es la persona que participa o recibe los servicios, o el representante legal del participante, que está autorizado a actuar en nombre de dicha persona para firmar este formulario. También confirmo que soy mayor de 18 años. Comprendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización previa solicitud.

Participante

Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma del participante o del representante legal: _____ Fecha: _____