

Inscripción en Be Well

Bienvenido al Programa de Gestión de Afecciones

¿Qué es la gestión de afecciones?

El Programa de Gestión de Afecciones está diseñado para mejorar la salud de las personas con afecciones crónicas específicas. Este es un programa opcional en el que usted acepta participar. Se sigue un modelo de atención primaria en el que permanecerá con el mismo gestor de afecciones durante todo el proceso.

Las sesiones abarcarán:

- Particularidades de la afección.
- Posibles complicaciones.
- Factores de riesgo modificables.
- Orientación sobre habilidades de autocuidado.
- Educación sobre los medicamentos según sea necesario.
- Alimentación sana y actividad física relacionadas.
- Necesidades de atención preventiva continua.

El gestor de afecciones:

- Está especialmente formado en la gestión de enfermedades crónicas;
- Trabaja con usted de forma individual, siguiendo las directrices de la Medicina Basada en Evidencias;
- Programará la frecuencia de las visitas en función de su estado y de su disponibilidad;
- Le proporcionará los conocimientos, las habilidades y la motivación para gestionar eficazmente su afección;
- Le ayudará a formular objetivos escalonados para que pueda alcanzar su objetivo principal;
- Le ayudará a identificar sus retos y las estrategias para abordarlos;
- Mantiene todas las conversaciones privadas y confidenciales;
- Es puntual y receptivo; y
- Será su guía en el camino hacia una mejor salud.

El participante:

- Se esforzará por comunicarse abiertamente con el gestor de afecciones;
- Está dispuesto a hacer una inversión de tiempo de al menos tres meses;
- Será puntual, receptivo y estará preparado para las sesiones;
- Será abierto y honesto sobre la información que es relevante para su afección;
- Hará preguntas para asegurarse de entender las explicaciones e instrucciones que se le dan.

Inscripción en Be Well

- Se esforzará por realizar los cambios y seguir las sugerencias ofrecidas: es posible que se le anime a realizar algunos cambios en su estilo de vida, en sus rutinas diarias, en el cumplimiento con los medicamentos, en sus hábitos alimentarios y en su actividad física para mejorar su salud;
- Se pondrá en contacto con el gestor de afecciones con 24 horas de antelación si es necesario reprogramar una cita; y
- Notificará al gestor de afecciones si decide retirarse del programa.

Información adicional:

¿Cómo se incluirá a mi proveedor de atención médica?

- Si usted utiliza el Shaw Family Health Center como su proveedor de atención primaria, su gestor de afecciones trabajará con su proveedor para establecer un plan de atención coordinado. Si desea mantener su relación con su proveedor comunitario, trabajaremos con él con su consentimiento. La gestión de afecciones no cambia el plan de tratamiento de su proveedor, sino que lo complementa, proporcionándole información y mayor entendimiento de su afección para estar lo más saludable posible.

¿Tendrá mi empleador acceso a mi información?

- No: este programa, al igual que el Centro de Salud, es proporcionado por Premise Health. Su empresa contrata a Premise Health para que le preste los servicios de forma confidencial. No se compartirá ninguna información personal ni datos identificables sobre usted con su empleador. 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 para autorizar la divulgación específica de su información médica protegida.

¿Existen beneficios adicionales al inscribirse en este programa?

- Tendrá acceso gratuito e ilimitado a su equipo de Be Well.
- Flexibilidad en las citas; en persona o por teléfono.
- Algunos de sus medicamentos y suministros son gratuitos sólo por participar y cumplir con el programa.
- La seguridad de que su salud puede mejorar y de que tendrá una mejor calidad de vida.

Inscripción en Be Well

Al rellenar y firmar este formulario, solicito participar en el programa Be Well ofrecido a través del Shaw Medical Plan. Entiendo que mi participación es voluntaria y que solo podré optar a los medicamentos y suministros gratuitos asociados a este programa si sigo cumpliendo con la información solicitada y con mi participación.

Firma del Participante

Fecha

Instrucciones para la inscripción

¿Está su proveedor de atención primaria en el Shaw Family Health Center? Si es así, rellene la sección A y envíe el formulario por fax al **706.913.1269**. Se pondrán en contacto 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 de las secciones A y B, junto con la firma de su proveedor de atención primaria, por fax al **706.913.1269** También puede escanear y enviar este formulario por correo electrónico al Shaw Family Health Center a SFHC@PremiseHealth.com Se pondrán en contacto con usted para programar una cita.

Si prefiere que el personal del centro de salud solicite esta información a su proveedor de atención primaria, rellene la página titulada Autorización para utilizar o divulgar información médica protegida y envíela por fax al **706.913.1269**.

SECCIÓN A:

Paciente: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___

Nombre del proveedor de atención primaria: _____

Teléfono: _____

Por favor, marque con un círculo la(s) afección(es) para la que se inscribe:

Asma EPOC Hipertensión (tensión arterial alta) Diabetes

Dislipidemia (niveles de lípidos elevados)

Inscripción en Be Well

SECCIÓN B:

Todos los pacientes	Peso _____ Estatura _____ IMC _____ Fecha: ____/____/____
Asma	<input type="checkbox"/> Intermitente <input type="checkbox"/> Persistente leve <input type="checkbox"/> Persistente moderado <input type="checkbox"/> Persistente grave <input type="checkbox"/> Controlado adecuadamente <input type="checkbox"/> No controlado adecuadamente <input type="checkbox"/> Mal controlado
EPOC	<input type="checkbox"/> Controlada adecuadamente <input type="checkbox"/> No controlada adecuadamente <input type="checkbox"/> Mal controlado
Hipertensión	Presión arterial: ____/____ Fecha: ____/____/____ Colesterol total (en ayunas): _____ HDL: ____ LDL: _____ TGL: _____ Fecha: ____/____/____
Diabetes	Presión arterial: ____/____ Fecha: ____/____/____ HbA1C _____ Fecha: ____/____/____ Glucosa en ayunas: _____ Fecha: ____/____/____ Colesterol total (en ayunas): _____ HDL: ____ LDL: _____ TGL: _____ Fecha: ____/____/____ Examen ocular: <input type="checkbox"/> Normal Hallazgo diabético: <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave Fecha: ____/____/____ Examen de los pies: <input type="checkbox"/> Normal Hallazgo diabético: <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave Fecha: ____/____/____
Dislipidemia	Colesterol total (en ayunas): _____ HDL: ____ LDL: _____ TGL: _____ Fecha: ____/____/____

Nombre del proveedor de atención primaria: _____

Firma del proveedor de atención primaria: _____ Fecha: _____