

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 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:

- Detalles específicos de la afección
- Posibles complicaciones
- Factores de riesgo modificables
- Orientación en habilidades para el autocuidado
- Instrucción en medicamentos según sea necesario
- Recomendaciones relacionadas de alimentación saludable y actividad física
- Necesidades de prevención continua de la afección

El gestor de afecciones:

- 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 los conocimientos, las habilidades y la motivación para gestionar eficazmente su afección.
- Le ayudará a formular objetivos escalonados que le ayuden a alcanzar su meta de salud.
- Le ayudará a identificar sus dificultades y las estrategias para abordarlas.
- Mantendrá todas las conversaciones privadas y confidenciales.
- Es puntual y receptivo.
- Será su guía en el camino hacia una mejor salud.

El participante:

- Se esforzará por comunicarse abiertamente con el gestor de afecciones.
- Será puntual, receptivo y estará preparado para las sesiones.
- Brindará de forma abierta y honesta la información relevante para su afección.
- Hará preguntas para asegurarse de entender las explicaciones e instrucciones que se le dan.
- 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 la actividad física para mejorar su salud.
- Se comunicará con el gestor de afecciones con al menos 24 horas de anticipación si necesita reprogramar una cita.
- Notificará al gestor de afecciones si decide dejar el programa.
- Participará en dos visitas virtuales telefónicas anuales del Programa de control de afecciones Be Well.
- Si participa en el Programa de control de afecciones Be Well para la diabetes, el participante se asegurará de que se envíen dos resultados de las pruebas de HbA1C al gestor de afecciones 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 gestor de afecciones trabajará con su proveedor para establecer un plan de atención coordinada. 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: Premise Health facilita este programa junto con el centro de salud. 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.
- 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.

Para seguir cumpliendo con las normas y recibir medicamentos sin costo, los participantes del programa Be Well deben realizar dos visitas virtuales anuales del Programa de control de afecciones Be Well. Los miembros con diabetes deben proporcionar un diagnóstico de diabetes con un nivel de A1C de 6.5 o más al momento del diagnóstico. La prediabetes no califica.

Instrucciones para la inscripción

¿Su proveedor de atención primaria se encuentra en el Shaw Family Health Center? Si es así:

1. Complete toda la información de inscripción. No olvide firmar y fechar este formulario para aceptar los requisitos del programa.
2. Si es asociado de Shaw Industries, complete el aviso y el formulario de autorización del programa de incentivos para empleados.

Si su proveedor de atención primaria es un proveedor de la comunidad (no es parte de Shaw Family Health Center):

1. Complete toda la información de inscripción. No olvide firmar y fechar este formulario para aceptar los requisitos del programa.
2. Si es asociado de Shaw Industries, complete el aviso y el formulario de autorización del programa de incentivos para empleados.
3. Complete el formulario de solicitud de información para autorizarnos a pedir su historial médico más reciente a su proveedor de atención primaria.

Envíe todos los formularios por fax al número 706.609.3397 o por correo electrónico a shawreferral@premisehealth.com. Nos comunicaremos con usted para programar una cita.

Si tiene preguntas, comuníquese con Shaw Family Health Center al 706-609-9960.

Información de inscripción:

Paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Nombre del proveedor de atención primaria: _____

Teléfono: _____

Marque las afecciones para las que se inscribe:

Asma ☐ EPOC ☐

Presión arterial alta (hipertensión) ☐

Niveles elevados de lípidos (dislipidemia) ☐

Diabetes ☐

Para los miembros que se inscriban por diabetes: indique el valor de HbA1c en el momento del diagnóstico: _____

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: _____