

Formulario de KC Fresh Rx para pacientes con derivación propia

KC Fresh Rx es un programa que incentiva el consumo de comida saludable para las personas que:

- Reciben su seguro por medio de Medicaid (KanCare o MO HealthNet).
- Se les ha diagnosticado con, al menos, una de las siguientes enfermedades:
  - Prehipertensión
  - Hipertensión
  - Prediabetes
  - Diabetes (que esté bien controlada y no necesita insulina)
- Tuvieron dificultades para acceder a suficiente comida el año pasado.

Este programa de seis meses incluye una tarjeta de regalo recargable para comprar frutas y verduras frescas, y ofrece educación nutricional. Se realiza una reunión de evaluación de seguimiento después de los seis meses. Es obligatorio que los participantes asistan en persona a la primera sesión y a la última.

Instrucciones

Si cree que cumple con los requisitos para participar en este programa, complete la Sección 1: Responsabilidades del paciente de este formulario. Es obligatorio que complete los campos que tienen un asterisco (*).

Una vez que haya completado las secciones relacionadas con el paciente, entregue o envíe este formulario a la clínica o al proveedor de atención médica para que completen la Sección 2: Responsabilidades del proveedor.

Si es elegible, el coordinador de KC Fresh Rx se comunicará con usted desde el número de teléfono 816-474-4240 con relación a la suscripción. Al completar este formulario, da su consentimiento para que el coordinador de KC Fresh Rx se comunique con usted.

Comuníquese al 816-701-8247 si tiene preguntas o necesita ayuda para completar este formulario.

Sección 1: Responsabilidades del paciente

Información de contacto del paciente

Nombre: * _____

Fecha de nacimiento: * _____

Dirección: * _____

Ciudad/Estado/Código postal * _____

Número de teléfono: * _____

Correo electrónico (Indique su dirección de correo electrónico, si tiene una.) _____

Continúa

Información de la clínica

Nombre de la clínica: * _____

Nombre del médico: * _____

Número de teléfono de contacto de la clínica * _____

Número de fax de contacto de la clínica (De ser posible, indique un número de fax de la clínica.) _____

¿Recibe su seguro de salud por medio de Medicaid? (p. ej., KanCare o MOHealthNet) *

_____Sí _____ No

Autorización para el uso o la divulgación de la información médica

Nombre del paciente: * _____

Fecha de nacimiento: *_____ Número de teléfono: * _____

Dirección: * _____

Ciudad/Estado/Código postal: * _____

Autorizo a los proveedores de atención primaria mencionados a continuación a usar o divulgar la información médica descrita en esta autorización con los representantes de los receptores mencionados más abajo para los fines que también se mencionan a continuación.

¿Quién puede divulgar mi información ("Clínica")?

Nombre de la Clínica: *_____

Dirección de la Clínica: * _____

Ciudad/Estado/Código postal de la Clínica: * _____

Número de teléfono de la Clínica: * _____ Número de fax de la Clínica: _____

¿Quién puede recibir y usar mi información ("Receptor")?

Nombre del Receptor: Consejo Regional Mid-America (MARC), Programa de KC Fresh Rx
Dirección del Receptor: 801 Pennsylvania Ave., Ste. 400, Kansas City, MO 64105
Número de teléfono del Receptor: 816-474-4240

Continúa

¿Qué información puede usarse y divulgarse?

Autorizo a la Clínica a divulgarle al Receptor toda la información médica personal (personal health information, PHI) que se encuentra en mi expediente médico creado en el pasado, el presente o el futuro (hasta la fecha de vencimiento o revocación de esta autorización), la cual tenga una relación razonable con lo siguiente:

- La confirmación de mi elegibilidad para participar en el Programa de KC Fresh Rx o de los servicios de apoyo relacionados con la nutrición.
- La administración de mi participación en el programa (incluida la matriculación, la elegibilidad continua, la coordinación de la atención en relación con el programa y el seguimiento del programa).

Esta información puede incluir, según corresponda, información clínica, información sobre el estado de salud, diagnósticos y enfermedades, resúmenes de la atención, resultados de exámenes y análisis, información sobre los signos vitales y las mediciones, información sobre tratamientos, información sobre los medicamentos, y demás tipo de información que sea relevante para la elegibilidad y la administración del programa, según lo establezca la Clínica.

Finalidad del uso de la divulgación

La finalidad de esta divulgación es permitirle al Receptor determinar si califico para participar en el Programa de KC Fresh Rx, y, en caso de calificar, administrar y coordinar los servicios que el programa proporciona.

Mis derechos y las notificaciones importantes

Al firmar esta autorización, comprendo que:

- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. Una fotocopia de esta autorización es tan válida como la versión original.
- Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Comprendo que si revoco esta autorización, lo debo hacer por escrito y presentarla por escrito ante la Clínica y el Consejo Regional Mid-America. Comprendo que la revocación no aplica a la información que ya se haya divulgado como consecuencia de esta autorización. A menos que se revoque de otro modo, esta autorización vence un año después de la fecha en que se firma.
- La autorización de la divulgación de la información médica es voluntaria. Puedo negarme a firmar esta autorización. No es obligatorio que firme esta autorización para garantizar el tratamiento.
- Puedo inspeccionar y obtener una copia de la información que se usará o divulgará.
- Todo tipo de información que se divulgue conlleva el riesgo de que se vuelva a divulgar sin autorización y es posible que la información no esté protegida por las regulaciones de confidencialidad federales. En caso de tener dudas sobre la divulgación de mi información médica, puedo comunicarme con el Receptor y con la Clínica.

Leí y comprendí el contenido de esta autorización, y autorizo el uso o divulgación de mi información médica en la formas ya descritas.

Firma del paciente: * _____ Fecha: * _____

Representante autorizado: _____ Fecha:_____

Nombre en letra imprenta del representante autorizado: _____

Relación que tiene con el paciente: _____

Dirección y número de teléfono del representante autorizado: _____

Health care provider: Your patient listed on this form is expressing interest in KC Fresh Rx, a produce prescription program. For your patient to be able to participate, they need a healthcare provider's referral to verify eligibility.

Who is eligible to participate in this program?

- Patients who receive their insurance through Medicaid (KanCare or MO HealthNet).
- Have been diagnosed with at least one of the following:
  - Pre-hypertension
  - Hypertension
  - Pre-diabetes
  - Diabetes (well controlled and not on insulin)
- Have reported food insecurity in the past year (defined by the screening questions your clinic uses).

How is KC Fresh Rx evaluated?

The participant's blood pressure and hemoglobin A1c (HbA1c) levels provided by you below will confirm that your patient is eligible for this program and will be used as the baseline measurements. At the first class session, participants will complete a baseline survey that assesses their current fruit and vegetable intake and household food security status. After six months, participants will complete a post-program survey and have both blood pressure and HbA1c measured at the last program session.

Section 2: Provider Responsibility

Instructions

Please provide the following information on the patient being referred to this program and return this form using one of the methods below.

Patient is (select all that apply):

____ pre-diabetic ____ pre-hypertensive ____ diabetic ____ hypertensive

Please provide both HbA1c and blood pressure measures if they are available..

HbA1c (measurement within last six months):_____ Date of measurement: _____

Blood pressure (measurement within last six months): _____ Date of measurement: _____

Has patient reported food insecurity in the past year based on your clinic's food security questionnaire? ____ Yes ____ No Date reported food insecurity: _____

Clinic Name: _____

Provider Name: _____

Clinic Phone Number: _____ Clinic Fax Number: _____

Please return this form via mail or fax:

- **Mail to**: Mid America Regional Council, KC Fresh Rx, 801 Pennsylvania Ave., Suite 400, Kansas City, MO 64105
- **Fax to:** 816-421-7758, Attn: KC Fresh Rx