

Biểu Mẫu Tự Giới Thiệu Dành Cho Bệnh Nhân Của KC Fresh Rx

KC Fresh Rx là chương trình khuyến khích tiêu thụ thực phẩm lành mạnh dành cho những người:

- Nhận bảo hiểm thông qua chương trình Medicaid (KanCare hoặc MO HealthNet).
- Đã được chẩn đoán mắc ít nhất một trong các bệnh sau:
  - Tiền tăng huyết áp
  - Tăng huyết áp
  - Tiền tiểu đường
  - Tiểu đường (được kiểm soát tốt và không cần tiêm insulin)
- Đã từng phải chật vật với tình trạng thiếu lương thực trong năm vừa qua

Chương trình kéo dài sáu tháng này bao gồm một thẻ quà tặng có thể nạp tiền để mua trái cây và rau tươi, cùng với thông tin về dinh dưỡng. Một buổi gặp mặt đánh giá sau khi kết thúc chương trình sẽ diễn ra sau sáu tháng. Bệnh nhân bắt buộc phải tham dự trực tiếp buổi đầu tiên và buổi cuối cùng.

Hướng dẫn

Nếu quý vị cảm thấy mình đủ điều kiện tham gia chương trình này, vui lòng điền vào Phần 1: Trách Nhiệm Của Bệnh Nhân trong biểu mẫu này. Các trường bắt buộc sẽ có dấu sao (*) bên cạnh.

Sau khi hoàn thành các phần dành cho bệnh nhân, vui lòng mang hoặc gửi biểu mẫu này đến phòng khám/nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị để điền vào Phần 2: Trách Nhiệm Của Nhà Cung Cấp.

Nếu quý vị đủ điều kiện, điều phối viên của KC Fresh Rx sẽ liên hệ với quý vị qua số 816-474-4240 để đăng ký. Bằng cách điền vào biểu mẫu này, quý vị đồng ý liên hệ với điều phối viên của KC Fresh Rx.

Vui lòng liên hệ số 816-701-8247 nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần trợ giúp điền vào biểu mẫu này.

Phần 1: Trách Nhiệm Của Bệnh Nhân

Thông Tin Liên Hệ Của Bệnh Nhân

Tên: * _____

Ngày sinh: * _____

Địa chỉ: * _____

Thành phố/Tiểu bang/Mã zip * _____

Số điện thoại: * _____

Email (vui lòng cung cấp email nếu có) _____

Thông Tin Phòng Khám

Tên phòng khám: * _____

Tên bác sĩ: * _____

Số điện thoại liên hệ của phòng khám * _____

Số fax liên hệ của phòng khám (vui lòng cung cấp số fax của phòng khám nếu có thể)_____

Quý vị có nhận bảo hiểm y tế thông qua Medicaid không?
(ví dụ: KanCare hoặc MOHealthNet) * _____

_____Có _____ Không

Ủy Quyền Sử Dụng hoặc Tiết Lộ Thông Tin Sức Khỏe

Tên bệnh nhân: * _____

Ngày sinh: *_____ Số điện thoại: * _____

Địa chỉ: * _____

Thành phố/Tiểu bang/Mã zip: *_____

Tôi ủy quyền cho (các) nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe được nêu tên bên dưới sử dụng và/hoặc tiết lộ thông tin sức khỏe được mô tả trong giấy ủy quyền này cho đại diện của (những) người nhận được nêu tên bên dưới, vì các mục đích được mô tả bên dưới.

Ai được phép tiết lộ thông tin của tôi (“Phòng Khám”)?

Tên phòng khám: * _____

Địa chỉ phòng khám: *_____

Thành phố/Tiểu bang/Mã zip của phòng khám: * _____

Số điện thoại của phòng khám: * _____ Số fax của phòng khám: _____

Ai có thể nhận và sử dụng Thông Tin của tôi (“Người Nhận”)?

Tên người nhận: Mid-America Regional Council (MARC), KC Fresh Rx Program

Địa chỉ người nhận: 801 Pennsylvania Ave., Ste. 400, Kansas City, MO 64105

Số điện thoại người nhận: 816-474-4240

Tiếp tục

Những thông tin nào có thể được sử dụng hoặc tiết lộ?

Tôi ủy quyền cho Phòng Khám được phép tiết lộ với Người Nhận toàn bộ thông tin sức khỏe cá nhân (PHI) từ hồ sơ y tế của tôi được tạo ra trước đây, bây giờ hoặc sau này (cho đến ngày hết hạn hoặc ngày thu hồi ủy quyền này), có liên quan hợp lý đến:

- Xác nhận tôi đủ điều kiện tham gia Chương Trình KC Fresh Rx và/hoặc các dịch vụ hỗ trợ dinh dưỡng liên quan; và
- Quản lý việc tham gia của tôi vào chương trình (bao gồm đăng ký, duy trì tính đủ điều kiện, điều phối chăm sóc liên quan đến chương trình và hoạt động sau khi kết thúc chương trình).

Thông tin này có thể bao gồm, tùy theo từng trường hợp, thông tin lâm sàng, thông tin về tình trạng sức khỏe, chẩn đoán/tình trạng bệnh, tóm tắt quá trình chăm sóc, kết quả xét nghiệm hoặc sàng lọc, số đo/chỉ số sinh học, thông tin điều trị, thông tin thuốc và các thông tin khác liên quan đến tiêu chí đủ điều kiện và quản lý chương trình, do Phòng Khám lưu giữ.

Mục đích sử dụng thông tin được tiết lộ

Mục đích của việc tiết lộ thông tin này là để Người Nhận xác định xem tôi có đủ điều kiện tham gia Chương Trình KC Fresh Rx hay không và, nếu được chấp thuận, để quản lý và điều phối các dịch vụ được cung cấp thông qua chương trình.

Quyền của tôi và các thông báo quan trọng

Bằng việc ký vào ủy quyền này, tôi hiểu rằng:

- Tôi có quyền nhận một bản sao có chữ ký của ủy quyền này. Bản sao của ủy quyền này có giá trị tương đương với bản gốc.
- Tôi có quyền thu hồi ủy quyền này bất cứ lúc nào. Tôi hiểu rằng nếu tôi thu hồi ủy quyền này, tôi phải đưa ra thu hồi bằng văn bản và gửi văn bản thu hồi đó cho Clinic and Mid-America Regional Council. Tôi hiểu rằng việc thu hồi sẽ không áp dụng cho những thông tin đã được công bố theo ủy quyền này. Trừ phi bị thu hồi, ủy quyền này sẽ hết hạn sau một năm kể từ ngày ký.
- Tôi hiểu rằng việc cho phép tiết lộ thông tin sức khỏe này là tự nguyện. Tôi có quyền từ chối ký vào ủy quyền này. Tôi không cần ký vào biểu mẫu này để được điều trị.
- Tôi hiểu rằng tôi có thể kiểm tra hoặc nhận bản sao thông tin được sử dụng hoặc tiết lộ.
- Tôi hiểu rằng việc tiết lộ thông tin luôn luôn tiềm ẩn nguy cơ tiết lộ lại trái phép, và thông tin đó có thể không được bảo vệ bởi các quy định bảo mật liên bang. Nếu tôi có thắc mắc về việc tiết lộ thông tin sức khỏe của mình, tôi có thể liên hệ với Người Nhận hoặc Phòng Khám.

Tôi đã đọc và hiểu ủy quyền này, cũng như cho phép sử dụng và/hoặc tiết lộ thông tin sức khỏe của tôi như đã mô tả ở trên.

Chữ ký bệnh nhân: * _____ Ngày: * _____

Người đại diện được ủy quyền: _____ Ngày: _____

Tên in hoa của người đại diện được ủy quyền: _____

Mối quan hệ với bệnh nhân: _____

Địa chỉ và số điện thoại của người đại diện được ủy quyền: _____

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