TRIPLE-S ADVANTAGE

Certificado de Necesidad Médica
Monitor de Presión Arterial (Esfigmomanómetro)

Sección A: Información General — Certificación: Inicial: Revisado: ____/____/____

Nombre del Paciente:	ID #:
Dirección:	Médico que ordena:
Teléfono:	NPI:

Sección B: Criterios de Elegibilidad

Tiempo de necesidad (meses):	Código de Diagnóstico:

Respuestas	(Circule **S** para Sí, **N** para No o **NA** para No Aplica)
S N NA	¿Tiene el paciente presión descontrolada (consistentemente por encima de 140/90 mmHg) a pesar de tratamiento con medicamentos?
S N NA	¿Está el paciente en dos o más medicamentos para la presión?
S N NA	¿Tiene comorbilidades tales como; CAD, insuficiencia renal, historial de Infarto al miocardio o diabetes?
S N NA	¿Ha sido recientemente diagnosticado?
S N NA	¿Está el paciente en un hogar o encamado?

Debe cumplir con al menos 2 de los criterios para ser elegible al beneficio.

Descripción de Beneficio - Monitor de Presión Arterial (Esfigmomanómetro): El propósito de este beneficio es ofrecer alternativa para evaluación y seguimiento de la presión arterial y proveer asistencia a los médicos para manejar la condición. Además, se orienta al paciente en la utilización del equipo y como controlar la hipertensión.

Sección C: Comentarios del Médico

Sección D: Firma y certificación del Médico que ordena

Certifico que la información anterior y la necesidad médica para el servicio solicitado es verdadera, exacta y completa.

Firma del Médico: _____

Date: _____/_____/_____ # Lic.:_____
Mes Día Año

Rev. 3/2015