

**Formulario de Certificación de Recompensas Gold**

Complete y envíe este formulario a Gold Kidney Health Plan. Solo puede recibir recompensas por servicios completados mientras era elegible con Gold Kidney, a menos que se indique lo contrario.

Correo postal: Gold Kidney Health Plan, ATTN: Quality Department

P.O. Box 285, Portsmouth, NH 03802

Correo electrónico: quality@goldkidney.com

Fax: 1 (866) 537-0536

Información del Miembro	
Nombre:	Apellido:
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):	ID de miembro de Gold Kidney:
Número de teléfono:	Dirección de correo electrónico:

La Evaluación de Riesgos de Salud y la Visita de Salud de Gold Kidney no requieren certificación.

Actividades del Programa Recompensas Gold	
☐ Opción Ecológica (Preferencia Sin Papel) – Reciba estas comunicaciones por correo electrónico en lugar de por correo postal: boletines informativos, recordatorios de brechas de atención, recordatorios de medicamentos y educación para miembros.	
☐ Marque para optar por recibir comunicaciones sin papel	Confirmar correo electrónico:
☐ Examen Físico Anual	
Fecha de la visita:	Nombre del médico:
Ubicación del consultorio:	
☐ Vacuna Anual contra la Gripe	
Fecha de la vacuna:	Ubicación O nombre del médico:
☐ Prueba de detección preventiva de mamografía ¹	
Fecha de la prueba:	Lugar o centro donde se realizó la prueba:
¹ Las pruebas de detección realizadas dentro de los últimos 2 años son elegibles. Si la prueba se completó antes de 2026, por favor proporcione documentación.	
☐ Prueba de detección preventiva de cáncer de colon ²	
Fecha de la prueba:	Lugar o centro donde se realizó la prueba:
² Si la prueba de detección se completó antes de 2026, por favor proporcione documentación. Para que una prueba de detección sea elegible para la recompensa, debe completarse dentro de estos plazos: Durante el año actual (2026): gFOBT o FIT Entre 2022 y 2026: colonografía por TC o sigmoidoscopia flexible Entre 2024 y 2026: sDNA FIT Entre 2017 y 2026: colonoscopia	

☐ **Seguimiento con el PCP dentro de los 30 días posteriores a un alta hospitalaria**

Fecha de alta:	Fecha de la visita de seguimiento con el PCP:
Ubicación del hospital:	Ubicación del PCP:
	Nombre del PCP:

☐ **Cumplimiento del tratamiento de diálisis** ³ – *Actividad mensual para quienes reciben tratamiento de diálisis.*

Mes del tratamiento:	Número de tratamientos completados en el mes:
Lugar donde recibe diálisis:	

³ Complete la página del Calendario de Tratamientos de Diálisis y envíela junto con su formulario de certificación.

☐ **Examen de la retina para personas con diabetes** ⁴ – *Debe tener un diagnóstico de diabetes. Debe ser realizado por un optometrista u oftalmólogo.*

Fecha del examen de la vista:	Nombre del médico de la vista:
Ubicación del consultorio:	

⁴ Los exámenes realizados en el año anterior son elegibles con comprobante de resultados negativos. Si el examen se completó antes de 2026, por favor proporcione documentación.

☐ **Manejo de la osteoporosis para mujeres** – *Para aquellas que hayan tenido una fractura en 2026.*

Fecha de la fractura:	Centro de tratamiento para la fractura:
-----------------------	---

Solo se requiere UNA opción: prueba de DMO O información del medicamento para la osteoporosis

Densidad mineral ósea (DMO)	Medicamento para la osteoporosis
Fecha de la prueba:	Fecha de surtido:
	Nombre del medicamento:

Certificación del miembro

Como miembro de Gold Kidney Health Plan, por la presente certifico y verifico que he completado los requisitos de las actividades de bienestar indicadas en este formulario.

Firma del miembro:	Fecha:
--------------------	--------

Certificación del proveedor (opcional)

Yo, el proveedor del paciente, por la presente certifico y verifico que realicé las actividades de bienestar completadas indicadas en este formulario.

Nombre del proveedor:	Fecha:
-----------------------	--------

Firma del proveedor:

Calendario de Tratamientos de Diálisis Prescritos

Instrucciones: Para el mes seleccionado en el Formulario de Certificación de Recompensas, por favor encierre en un círculo o sombree los días en que completó los tratamientos de diálisis.

Enero 2026						
D	L	M	M	J	V	S
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

Febrero 2026						
D	L	M	M	J	V	S
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28

Marzo 2026						
D	L	M	M	J	V	S
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

Abril 2026						
D	L	M	M	J	V	S
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30		

Mayo 2026						
D	L	M	M	J	V	S
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

Junio 2026						
D	L	M	M	J	V	S
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30				

Julio 2026						
D	L	M	M	J	V	S
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

Agosto 2026						
D	L	M	M	J	V	S
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

Septiembre 2026						
D	L	M	M	J	V	S
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

Octubre 2026						
D	L	M	M	J	V	S
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

Noviembre 2026						
D	L	M	M	J	V	S
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30					

Diciembre 2026						
D	L	M	M	J	V	S
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		