

Mi plan de acción para la migraña

Mi nombre: _____

Fecha: / / _____

El nombre de mi médico: _____

Número telefónico: _____

Mi clínica: _____

Número telefónico: _____

Mi farmacia: _____

Número telefónico: _____

Zona verde – Buen control – Mi plan para el dolor de cabeza está funcionando. Puedo hacer lo que necesito hacer.

Yo haré lo siguiente:

- Seguiré controlando los factores desencadenantes.
- Escribiré en mi diario de migraña cada vez que tenga dolor de cabeza.
- Seguiré tomando mi medicamento preventivo (de control) todos los días.
- Tomaré mi medicamento de alivio y de rescate según sea necesario.

Zona amarilla – El control es insuficiente – Mi plan para el dolor de cabeza no siempre funciona. Mis dolores de cabeza me impiden hacer algunas de las cosas que debo hacer.

Yo haré lo siguiente:

- Fijaré metas para controlar mis desencadenantes y actuaré sobre ellos.
- Escribiré en mi diario de migraña cada vez que tenga dolor de cabeza y lo revisaré en busca de patrones o nuevos desencadenantes.
- Seguiré tomando mi medicamento preventivo (de control) todos los días.
- Tomaré mi medicamento de alivio y de rescate según sea necesario.
- Llamaré a mi médico o clínica si permanezco en la zona amarilla.

Zona roja – Mal control o sin control – Mi plan para el dolor de cabeza ha fallado. No puedo hacer nada cuando tengo dolor de cabeza. Mis medicamentos no están funcionando.

Yo haré lo siguiente:

- Fijaré metas para controlar mis desencadenantes y actuaré sobre ellos.
- Escribiré en mi diario de migraña cada vez que tenga dolor de cabeza y lo revisaré en busca de patrones o nuevos desencadenantes.
- Seguiré tomando mi medicamento preventivo (de control) todos los días.
- Tomaré mi medicamento de alivio y de rescate según sea necesario.
- Llamaré a mi médico o clínica, o iré a una sala de atención de urgencias o emergencias si estoy teniendo el peor dolor de cabeza de mi vida.
- Llamaré a mi médico o clínica, o iré a una sala de atención de urgencias o emergencias si mi medicamento no está funcionando.
- Informaré a mi médico o clínica dentro de un plazo de dos semanas si he ido a una sala de atención de urgencias o emergencias.

Mi medicamento preventivo (de control): _____

Mi medicamento de alivio o rescate: _____

La discriminación es prohibida

Premera Blue Cross Blue Shield of Alaska (Premera) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables, y no discrimina según la raza, el color, la nacionalidad, la edad, la discapacidad, el sexo, la identidad de género o la orientación sexual. Premera no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual.

Premera:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse con nosotros de manera eficiente, por ejemplo:
 - Intérpretes de lenguaje de señas calificados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos para las personas cuyo idioma principal no sea el inglés, tales como:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con el coordinador de derechos civiles.

Si considera que Premera no le ha proporcionado estos servicios o se sintió discriminado de algún modo por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja formal a la siguiente dirección:

Civil Rights Coordinator — Complaints and Appeals

PO Box 91102, Seattle, WA 98111

Número gratuito: 855-332-4535, Fax: 425-918-5592, TTY: 711

Correo electrónico AppealsDepartmentInquiries@Premera.com

Puede presentar una queja formal en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el coordinador de derechos civiles está disponible para ayudarle.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante La Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., de manera electrónica a través del portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal o teléfono a la dirección y al número de teléfono indicados a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Ave SW, Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Los formularios de reclamos están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Asistencia con el idioma

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 800-508-4722 (TTY: 711).

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 800-508-4722 (TTY: 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 800-508-4722 (TTY: 711).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 800-508-4722 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 800-508-4722 (TTY: 711).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 800-508-4722 (телетайп: 711).

注意: 如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 800-508-4722 (TTY: 711)。

MO LOU SILAFIA: Afai e te tautala Gagana fa'a Sāmoa, o loo iai auunaga fesoasoan, e fai fua e leai se tologi, mo oe, Telefoni mai: 800-508-4722 (TTY: 711).

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ຄວນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 800-508-4722 (TTY: 711).

注意事項: 日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。800-508-4722 (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。

PAKDAAR: Nu saritaem ti Ilocano, ti serbisyo para ti baddang ti lengguahe nga awanan bayadna, ket sidadaan para kenyam. Awagan ti 800-508-4722 (TTY: 711).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 800-508-4722 (TTY: 711).

УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки.

Телефонуйте за номером 800-508-4722 (телетайп: 711).

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 800-508-4722 (TTY: 711).

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 800-508-4722 (TTY: 711).

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 800-508-4722 (TTY: 711).

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 800-508-4722 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 800-508-4722 (TTY: 711).

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 800-508-4722 (ATS: 711).

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 800-508-4722 (TTY: 711).

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 800-508-4722 (TTY: 711).

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 800-508-4722 (TTY: 711) تماس بگیرید.

Este documento ha sido traducido del inglés. Esta traducción de ninguna manera cambia los requisitos de elegibilidad, beneficios, exclusiones, limitaciones ni otras provisiones del plan de salud o del contrato en grupo. En caso de un conflicto o diferencia entre este documento traducido y la versión en el idioma inglés, prevalecerá la versión en inglés. / This document has been translated from English. This translation in no way changes the eligibility requirements, benefits, exclusions, limitations or other provisions of the health plan or group contract. In the event of a conflict or difference between this translated document and the English language version, the English version shall prevail.