

Get a Free Gift Card!

¡Reciba una Tarjeta de Regalo Gratis!



Get a \$40 gift card for completing an asthma exam! Gold Coast Health Plan (GCHP) values your health. Children and adults with asthma should meet with their doctor at least once a year or more often if they are having asthma symptoms.

To get your \$40 gift card, you must meet these requirements:

- 1 Be a GCHP member with full-scope Medi-Cal benefits between 5 to 64 years of age and have asthma.
- 2 Complete all three items during an office or telehealth visit with your doctor by **December 31, 2022**:
 - Asthma health exam
 - Create or update an Asthma Action Plan
 - Review asthma medications
- 3 Fill out this form and have your doctor complete and sign the back of the form.
- 4 Send the form by mail or fax to GCHP by **January 31, 2023**.

Limit one card per member per year. It may take up to 4-6 weeks after GCHP receives your completed form for you to get your gift card in the mail.

If you have any questions, call Gold Coast Health Plan at 1-888-301-1228 / TTY 1-888-310-7347 Monday through Friday from 8 a.m. to 5 p.m.



¡Obtenga una tarjeta de regalo de \$40 por completar un examen de asma! Gold Coast Health Plan (GCHP) valora su salud. Los niños y los adultos con asma deben reunirse con su médico por lo menos una vez al año o con más frecuencia si están teniendo síntomas de asma.

Para recibir su tarjeta de regalo de \$40, usted debe cumplir estos requisitos:

- 1 Ser miembro de GCHP con beneficios de Medi-Cal completos, entre 5 a 64 años de edad y tener asma.
- 2 Completar las tres cosas durante una visita al consultorio o una consulta de telesalud con su médico antes del **31 de diciembre de 2022**:
 - Examen de asma
 - Crear o actualizar un Plan de acción para el asma
 - Revisar los medicamentos para el asma
- 3 Completar este formulario y hacer que su médico lo complete y lo firme en el reverso.
- 4 Enviar el formulario por correo postal o fax a GCHP antes del **31 de enero de 2023**.

Límite de una sola tarjeta por miembro por año. Puede tomar hasta 4 a 6 semanas después de que GCHP reciba su formulario completo para que reciba su tarjeta de regalo por correo.

Si tiene alguna pregunta, llame a Gold Coast Health Plan al 1-888-301-1228 / TTY 1-888-310-7347 de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.



**Gold Coast
Health Plan**SM
A Public Entity

www.goldcoasthealthplan.org

Complete the visit by December 31, 2022 and return the form to GCHP by January 31, 2023.

Mail: Address envelope to:
Gold Coast Health Plan
Attn: Quality Improvement
P.O. Box 9153, Oxnard, CA 93031-9826

Fax: Ask your doctor or their staff to fax this form on your behalf.
1-805-248-7616

Complete su consulta antes del 31 de diciembre de 2022 y devuelva el formulario a GCHP antes del 31 de enero de 2023.

Correo Postal: Dirija el sobre a:
Gold Coast Health Plan
Attn: Quality Improvement
P.O. Box 9153, Oxnard, CA 93031-9826

Fax: Pida a su médico o su personal que envíen este formulario por fax en su nombre.
1-805-248-7616

Member Information | Información del Miembro

Member Name | Nombre del Miembro: _____

Medi-Cal/GCHP ID Number | Número de ID de Medi-Cal/GCHP: _____

Street Address | Dirección: _____

City | Ciudad: _____ **State | Estado:** _____ **Zip | Código Postal:** _____

Phone No. | Núm. de Teléfono: _____ **Date of Birth | Fecha de Nacimiento:** _____

PREFERRED GIFT CARD [circle one] TARJETA DE REGALO PREFERIDA [marcar una con un círculo]:

TARGET

Walmart

amazon

Doctor's Office Use Only | Uso Solamente de la Oficina Médica

Print Provider Name | Nombre del Proveedor con Letra de Imprenta: _____

Clinic Address | Dirección de la Clínica: _____

Provider Phone No. | Núm. de Teléfono del Proveedor: _____

Date of Office or Telehealth Visit | Fecha del la Visita Médica o Consulta de Telesalud: _____

Check if completed | Marque si se completó:

All three components must be completed for gift card to be awarded. | Los tres componentes deben completarse para que se otorgue la tarjeta de regalo.

- Asthma exam | Examen de asma
- Asthma Action Plan created or updated | Plan de acción para el asma creado o actualizado
- Asthma medications reviewed | Revisión de medicamentos para el asma

Provider Signature or Office Stamp | Firma del Proveedor o Sello de la Oficina: _____

Date | Fecha: _____

If you have any questions, call Gold Coast Health Plan at **1-888-301-1228** /
TTY **1-888-310-7347** Monday through Friday from 8 a.m. to 5 p.m.

Si tiene alguna pregunta, llame a Gold Coast Health Plan al **1-888-301-1228** /
TTY **1-888-310-7347**, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p.m.



**Gold Coast
Health Plan**SM
A Public Entity

www.goldcoasthealthplan.org



ASTHMA ACTION PLAN

Name: _____ Date: _____

Doctor: _____ Doctor's Phone Number: _____

GREEN ZONE • Doing Well

Symptoms: No cough, wheeze, chest tightness, or shortness of breath during the day or night. Can do usual activities.

Peak Flow: _____ (more than 80% of personal best)

My best peak flow is: _____

Take these long-term control medicines each day (include an anti-inflammatory).

Medicine	How much to take	When to take it
_____	_____	_____
Before exercise	_____ puffs	5 minutes before exercise

YELLOW ZONE • Asthma is Getting Worse

Symptoms: Cough, wheeze, chest tightness, shortness of breath, waking at night, can do some, but not all, usual activities.

Peak Flow: _____ to _____ (between 50% to 79% of personal best)

1 Add Quick Relief Medicine and keep taking your GREEN ZONE medicine

Take _____ puffs every 20 minutes for up to 1 hour. Nebulizer once

2 If your symptoms (and peak flow, if used) return to GREEN ZONE after 1 hour of above treatment

Continue monitoring to be sure you stay in the green zone.

If your symptoms (and peak flow, if used) do not return to GREEN ZONE after 1 hour of above treatment:

Take _____ puffs or Nebulizer

Add _____ puffs (oral steroid) mg per day. For _____ (3 to 10) days.

Call the doctor before / within _____ hours after taking the oral steroid.

RED ZONE • Medical Alert!

Symptoms: Very short of breath, quick-relief medicines have not helped, cannot do usual activities, symptoms are the same or get worse after 24 hours in Yellow Zone.

Peak Flow: _____ (less than 50% of personal best)

Take this medicine:

Take _____ puffs or Nebulizer / _____ (oral steroid) mg.

Then call your doctor NOW. Call 911 if:

You are still in the red zone after 15 minutes AND You have not reached your doctor.

DANGER SIGNS: • Trouble walking and talking due to shortness of breath. Take _____ puffs of your quick-relief medicine.

• Lips or fingernails are blue.

▶ Go to the hospital or call 911.

Call your doctor _____ (phone).



PLAN DE ACCIÓN PARA EL CONTROL DEL ASMA

Nombre: _____ Fecha: _____

Doctor: _____ Número Telefónico del Doctor: _____

ZONA VERDE • Se Siente Bien

Síntomas: Sin tos, silbidos al respirar (sibilancias), opresión en el pecho ni dificultad para respirar durante el día o la noche. Puede realizar sus actividades normales.

Flujo máximo: _____ (más del 80% del valor óptimo personal)

Mi valor óptimo personal de flujo máximo es: _____

Tome estos medicamentos de control a largo plazo todos los días (incluido un antiinflamatorio).

Medicamento	Cuánto debe tomar	Cuándo debe tomarlo
_____	_____	_____

Antes de hacer ejercicio _____ descargas 5 minutos antes de hacer ejercicio

ZONA AMARILLA • Su Asma Está Empeorando

Síntomas: Tiene tos, sibilancias, opresión en el pecho, dificultad para respirar, se despierta por la noche, puede hacer algunas de las actividades normales, pero no todas.

Flujo máximo: _____ a _____ (entre el 50% y el 79% del valor óptimo personal)

1 Agregue el medicamento de alivio rápido y siga tomando el medicamento de la ZONA VERDE.

Toma _____ descargas cada 20 minutos por un máximo de 1 hora. Use el nebulizador una vez.

2 Si sus síntomas (y el flujo máximo, si se lo mide) regresan a la ZONA VERDE después de 1 hora del tratamiento anterior

Continúe vigilándolos para asegurarse de permanecer en la Zona Verde.

Si sus síntomas (y el flujo máximo, si se lo mide) no regresan a la ZONA VERDE después de una hora del tratamiento anterior:

Tome _____ descargas o Use el nebulizador

Agregue _____ descargas (esteroide oral) mg al día. Durante _____ (3 a 10) días.

Llame al doctor antes de tomar el esteroide oral o / dentro de las _____ horas siguientes de haberlo tomado.

ZONA ROJA • ¡Alerta Médica!

Síntomas: Tiene mucha dificultad para respirar, los medicamentos de alivio rápido no le han ayudado, no puede hacer sus actividades normales, los síntomas son iguales o empeoran después de haber pasado 24 horas en la Zona Amarilla.

Flujo máximo: _____ (menos del 50% del valor óptimo personal)

Tome este medicamento:

Tome _____ descargas o Use el nebulizador / _____ (esteroide oral) mg.

Luego, llame al doctor INMEDIATAMENTE. Llame al 911 si:

Todavía está en la Zona Roja después de 15 minutos Y ADEMÁS No se ha podido comunicar con el doctor.

SEÑALES DE PELIGRO:

- Tiene dificultad para caminar y hablar por la falta de aire.
Tome _____ descargas del medicamento de alivio rápido.
- Los labios o las uñas de las manos están azules.

▶ Vaya al hospital o llame al 911.
Llame a su médico al _____ (teléfono).

Línea de asesoría de enfermeras disponible las 24 horas: 1-800-437-5001 / 1-877-431-1700 (línea gratuita)

Si utiliza un TTY, llame al 711.

Servicios para Miembros: 1-888-301-1228. Si usa un TTY, llame al 1-888-310-7347.