



Programa de Detección Temprana de Cáncer de Mama y Cuello del Útero de Florida (Florida Breast and Cervical Cancer Early Detection Program)  
Formulario de inscripción para pacientes

**APELLIDO:** 
**NOMBRE:** 
**APELLIDO DE SOLTERA:** 
**FECHA DE NACIMIENTO:**

**1. INFORMACIÓN DE LA SOLICITANTE (Complete todas las secciones de esta solicitud).**

<p><b>INFORMACIÓN DE CONTACTO</b></p> <p>DIRECCIÓN: <input type="text"/></p> <p>DIRECCIÓN: <input type="text"/></p> <p>CIUDAD Y CÓDIGO POSTAL: <input type="text"/></p> <p>DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: <input type="text"/></p> <p>TELÉFONO PRINCIPAL: <input type="text"/></p> <p>TELÉFONO ALTERNATIVO: <input type="text"/></p>	<p><b>ESTADO DE EXAMEN DE DETECCIÓN (Marque solo una respuesta).</b></p> <p><input type="checkbox"/> Inicial (primera vez en el programa) <input type="checkbox"/> Examen de detección nuevo (previamente en el programa)</p> <p><input type="checkbox"/> Examen de seguimiento de corto plazo o de repetición (menos de 300 días desde el último examen de detección)</p> <p>¿Tiene usted seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si respondió "Sí", ¿cuál es su seguro? <input type="text"/></p>																				
<p><b>MAJOR HORA PARA LLAMARLA:</b></p> <p><input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m. <input type="checkbox"/> A cualquier hora</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Podemos dejar un mensaje?</p> <p><b>DÍA/HORA PREFERIDOS PARA LA CITA</b> <input type="text"/></p>	<p><b>INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA</b></p> <p><b>ESTADO DE RESIDENCIA Y CIUDADANÍA (Marque todas las que correspondan).</b></p> <p><input type="checkbox"/> Residente de Florida <input type="checkbox"/> Ciudadana de EE. UU. <input type="checkbox"/> Ciudadana en estado legal <input type="checkbox"/> Otro</p>																				
<p><b>¿CÓMO SUPO DE ESTE PROGRAMA? (Marque todas las que correspondan).</b></p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sociedad Americana contra el Cáncer</td> <td><input type="checkbox"/> Tarjeta</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Folleto</td> <td><input type="checkbox"/> Televisión</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Departamento de Salud del Condado</td> <td><input type="checkbox"/> Radio</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Evento/Feria de salud de la comunidad</td> <td><input type="checkbox"/> Redes sociales</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Familia/Amigos</td> <td><input type="checkbox"/> Sesión educativa</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Internet/Sitio web</td> <td><input type="checkbox"/> Publicidades/Paradas/Cartel es de autobús</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Consultorio médico privado</td> <td><input type="checkbox"/> Vallas publicitarias</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Periódico</td> <td>Nombre de la clínica de salud de la comunidad: <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Centro de salud calificado por el gobierno federal</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Otro</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Sociedad Americana contra el Cáncer	<input type="checkbox"/> Tarjeta	<input type="checkbox"/> Folleto	<input type="checkbox"/> Televisión	<input type="checkbox"/> Departamento de Salud del Condado	<input type="checkbox"/> Radio	<input type="checkbox"/> Evento/Feria de salud de la comunidad	<input type="checkbox"/> Redes sociales	<input type="checkbox"/> Familia/Amigos	<input type="checkbox"/> Sesión educativa	<input type="checkbox"/> Internet/Sitio web	<input type="checkbox"/> Publicidades/Paradas/Cartel es de autobús	<input type="checkbox"/> Consultorio médico privado	<input type="checkbox"/> Vallas publicitarias	<input type="checkbox"/> Periódico	Nombre de la clínica de salud de la comunidad: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Centro de salud calificado por el gobierno federal		<input type="checkbox"/> Otro		<p><b>IDENTIFICACIÓN DE ETNICIDAD Y RAZA (Marque todas las que correspondan).</b></p> <p><input type="checkbox"/> Hispana/Latina <input type="checkbox"/> No hispana/No latina</p> <p><b>IDENTIDAD RACIAL</b></p> <p><input type="checkbox"/> India americana o nativa de Alaska</p> <p><input type="checkbox"/> Asiática</p> <p><input type="checkbox"/> Negra o afroamericana</p> <p><input type="checkbox"/> Nativa de Hawái o de otra isla del Pacífico</p> <p><input type="checkbox"/> Blanca de una isla</p>
<input type="checkbox"/> Sociedad Americana contra el Cáncer	<input type="checkbox"/> Tarjeta																				
<input type="checkbox"/> Folleto	<input type="checkbox"/> Televisión																				
<input type="checkbox"/> Departamento de Salud del Condado	<input type="checkbox"/> Radio																				
<input type="checkbox"/> Evento/Feria de salud de la comunidad	<input type="checkbox"/> Redes sociales																				
<input type="checkbox"/> Familia/Amigos	<input type="checkbox"/> Sesión educativa																				
<input type="checkbox"/> Internet/Sitio web	<input type="checkbox"/> Publicidades/Paradas/Cartel es de autobús																				
<input type="checkbox"/> Consultorio médico privado	<input type="checkbox"/> Vallas publicitarias																				
<input type="checkbox"/> Periódico	Nombre de la clínica de salud de la comunidad: <input type="text"/>																				
<input type="checkbox"/> Centro de salud calificado por el gobierno federal																					
<input type="checkbox"/> Otro																					
	<p><b>IDIOMAS QUE HABLA</b></p> <p>Idioma principal que habla: <input type="text"/></p> <p>Otros idiomas hablados: <input type="text"/></p> <p>Idioma que prefiere para recibir correo: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> H. Creole</p>																				
	<p><b>BARRERAS</b></p> <p>¿Hay alguna barrera que le impida asistir a sus citas?</p> <p><input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Idioma <input type="checkbox"/> Discapacidades</p> <p><input type="checkbox"/> Otro (lista) <input type="text"/></p>																				

**FOR OFFICE USE ONLY**  
Client Assigned ID# or Pseudo SS#:



Programa de Detección Temprana de Cáncer de Mama y Cuello del Útero de Florida (Florida Breast and Cervical Cancer Early Detection Program)  
Formulario de inscripción para pacientes

APELLIDO:  NOMBRE:  APELLIDO DE SOLTERA:  FECHA DE NACIMIENTO:

**2. HISTORIA MÉDICA**

**ESTADO GENERAL DE SALUD (Marque todas las que correspondan).**

- Diabetes
- Prediabetes
- Presión alta
- Colesterol alto

ESTATURA (pulgadas):  PESO (libras):

**INFORMACIÓN DE EXAMEN DE MAMAS (Marque todas las que correspondan)**

- ¿Tiene implantes de mamas?
- ¿Tiene problemas de mama actualmente? Explique:

- ¿Alguna vez le diagnosticaron cáncer de mama?  
Si la respuesta es afirmativa, ¿qué tratamiento recibió?

¿Cuándo terminó su tratamiento? (Mes/Año)

¿Cuándo se hizo la última mamografía antes de inscribirse en este programa? (Mes/Año)  
 Nunca  No estoy segura (más de 2 años)

¿Dónde se hizo su última mamografía? (Proveedor, ciudad, estado)

**HISTORIA FAMILIAR**

¿Ha recibido alguien de su familia, como su madre, hermana, hermano o padre, un diagnóstico de cáncer de mama? Si la respuesta es afirmativa, ¿qué familiar?

**CONSUMO DE TABACO (incluye vapeo, cigarrillos electrónicos y productos similares) (Marque todas las que correspondan).**

- Diario
- Algunos días
- Nunca/En absoluto
- Se niega a contestar
- ¿Le dieron una remisión a Quitline?
- Remisión rechazada
- Estoy interesada en dejar de fumar.

**INFORMACIÓN DE EXAMEN DE CUELLO DEL ÚTERO (Marque todas las que correspondan)**

- ¿Tiene problemas de cuello del útero actualmente? Explique:

- ¿Alguna vez le dijo un médico que usted tenía cáncer de cuello del útero invasivo?  
Si la respuesta es afirmativa, ¿qué tratamiento recibió?

¿Cuándo terminó su tratamiento? (Mes/Año)

¿Cuándo se hizo la última prueba de Papanicolaou antes de inscribirse en este programa? (Mes/Año)  
 Nunca  No estoy segura (más de 10 años)

¿Cuándo se hizo la última prueba de Papanicolaou? (Proveedor, ciudad, estado)

- ¿Alguna vez se hizo una histerectomía? Especifique si fue parcial o total.
- Histerectomía parcial (Todavía tengo cuello del útero)  Histerectomía total (no tengo cuello del útero)  
¿Cuál fue el motivo de la histerectomía?

**FOR OFFICE USE ONLY**

Client Assigned ID# or Pseudo SS#:



# Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama y Cervical de Florida (FBCC)

## ELEGIBILIDAD FINANCIERA

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de identificación: \_\_\_\_\_

1. ¿Tiene Medicaid?  SÍ  NO  O ¿Tiene Medicare?  SÍ  NO
2. ¿Tiene otro seguro médico?  SÍ  NO Nombre del seguro \_\_\_\_\_
3. **Número de personas en sugrupo familiar.** \_\_\_\_\_ (inclúyase a usted, cónyuge o compañero de unión civil e hijos dependientes)
4. **Ingresos netos de su grupo familiar (después de impuestos):** \$ \_\_\_\_\_ mensuales  O \$ \_\_\_\_\_ anuales

Tamaño de la familia	2023 Ingresos mensuales según la escala del Departamento de Salud	2023 Ingresos anuales según la escala del Departamento de Salud
1	\$2,429.91	\$29,159.00
2	\$3,286.58	\$39,439.00
3	\$4,143.25	\$49,719.00
4	\$4,999.91	\$59,999.00
5	\$5,856.58	\$70,279.00
6	\$6,713.25	\$80,559.00
7	\$7,569.91	\$90,839.00
8	\$8,426.58	\$101,119.00
9	\$9,283.25	\$111,399.00
10	\$10,139.91	\$121,679.00

Certifico que la información anterior es verdadera a mi leal saber y entender. Doy mi consentimiento al Departamento de Salud para investigar y verificar la información. Entiendo que puedo ser enjuiciado según la ley estatal si deliberadamente doy información falsa.

**NOTA:**

***Si obtengo cobertura de seguro médico mientras esté bajo el FBCC, es mi responsabilidad notificar a la oficina REGIONAL del FBCC lo antes posible.***

**Firma** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_

Si tiene alguna pregunta, llame al coordinador regional al \_\_\_\_\_ de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. de lunes a viernes. Haremos todo lo posible por devolverle la llamada de manera oportuna.

Además, entiendo que todas mis pruebas de detección y procedimientos de diagnóstico deberán completarse en 60 días o NO se puede garantizar el pago de estos servicios.



# AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

## LA INFORMACIÓN LA PUEDE REVELAR:

Persona/Centro: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

## LA INFORMACIÓN PUEDE REVELARSE A:

Persona/Centro: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

## MÉTODO DE REVELACIÓN:

\_\_\_\_\_ Se recoge en la clínica/centro

\_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: (Tenga en cuenta que el correo electrónico no es un método seguro de comunicación)

## INFORMACIÓN QUE SE REVELARÁ: (Selección inicial)

- \_\_\_\_\_ Registros médicos generales      \_\_\_\_\_ Registros de enfermedades de transmisión sexual (STD)      \_\_\_\_\_ Registros de tuberculosis (TB)      \_\_\_\_\_ Historial y resultados físicos
- \_\_\_\_\_ Vacunas      \_\_\_\_\_ Planificación familiar      \_\_\_\_\_ Registros prenatales      \_\_\_\_\_ Consultas
- \_\_\_\_\_ Notas de progreso
- \_\_\_\_\_ Informes de pruebas de diagnóstico (especificar el tipo de pruebas) \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Otro: (especificar) \_\_\_\_\_

## Autorizo específicamente la revelación de la información relacionada con: (Selección inicial)

- \_\_\_\_\_ Resultados de pruebas de VIH      \_\_\_\_\_ Expedientes del cliente del proveedor de servicios por abuso de sustancias
- \_\_\_\_\_ Notas psiquiátricas, psicológicas o psicoterapéuticas      \_\_\_\_\_ Intervención temprana      \_\_\_\_\_ Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños (WIC)

## PROPÓSITO DE LA REVELACIÓN:

\_\_\_\_\_ Continuidad de la atención      \_\_\_\_\_ Uso personal      \_\_\_\_\_ Otro (especificar) \_\_\_\_\_

**FECHA DE VENCIMIENTO:** Esta autorización vencerá (anotar la fecha o evento) \_\_\_\_\_. Entiendo que, si no especifico una fecha de vencimiento o evento, esta autorización vencerá doce (12) meses después de la fecha en que se firmó.

**NUEVA REVELACIÓN:** Entiendo que después de que se revele la información indicada arriba, quien reciba la información puede volver a revelarla, y es posible que esa información ya no esté protegida por las leyes y normativas federales de privacidad.

**CONDICIONES:** Entiendo que completar este formulario de autorización es voluntario. Comprendo que no se me negará el tratamiento si no firmo este formulario.

**REVOCACIÓN:** Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Si revoco esta autorización, comprendo que debo hacerlo por escrito y que debo presentar mi revocación al departamento de registros médicos. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se reveló en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros, Medicaid y Medicare.

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente o su representante legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Relación del representante legal con el cliente

Si usted es el representante legal de la persona cuya información está pidiendo, debe presentar los documentos que prueben su autoridad legal para hacerlo (por ejemplo: poder, formulario de designación de sustituto para decisiones de atención médica, orden, nombramiento de tutela, orden de nombramiento de representante personal, cartas de administración).

**Nombre del cliente:** \_\_\_\_\_

**NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_





# Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama y Cervical de Florida

## Acuerdo anual del solicitante

El Acuerdo Anual del Solicitante (AAA) se usa para obtener autorización e información de mujeres elegibles inscritas en el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Seno y Cervical (FBCC). El FBCC recopilará la información médica protegida de los participantes (PHI) y la información de identificación personal (PII) necesarias para prestarle servicios al paciente.

Lea cada declaración de abajo y acepte firmando al final del documento.

Como solicitante del FBCC, declaro que:

1. Soy residente de Florida, quiero ser cliente del FBCC y puedo retirarme en cualquier momento.
  2. El ingreso anual neto de mi familia es o está por debajo del 200 % de los Niveles federales de pobreza (FPL), y no tengo un seguro médico que cubra pruebas de detección de cáncer de seno y cervical.
  3. Ya no seré elegible para el FBCC si mis ingresos cambian y superan el 200% del Nivel federal de pobreza.
  4. Me comunicaré con el FBCC en cuanto tenga un seguro médico, y les daré el nombre de la compañía de seguros, el número de póliza y la fecha de vigencia. Si mi seguro médico cubre exámenes de detección de cáncer de seno y cervical, el FBCC ya no pagará mis pruebas.
  5. Revelaré cualquier prueba de detección de cáncer de seno o cervical que pueda afectar mi elegibilidad en la inscripción en el FBCC.
- 
6. Es posible que tenga que pagar una parte de los gastos de algunos servicios.
  7. Un proveedor autorizado me hará las pruebas de detección de cáncer de mamas o cervical (examen de seno, mamografía o prueba de Papanicolaou).
  8. **Acepto completar cualquier prueba de seguimiento en un plazo de 60 días. Si no cumplo estas directrices, podría ser responsable de una parte o del total de los gastos de todos los servicios.**
- 
9. Permitiré el intercambio y la revelación de mi información médica entre mis proveedores de atención médica, el FBCC, el Registro de datos de cáncer del Departamento de Salud de Florida, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades y otros relacionados con mi atención médica. Esta información podría incluir mi historial médico y los resultados de exámenes y procedimientos, aunque no los haya pagado el FBCC.
  10. Acepto recibir llamadas al teléfono de mi casa o a mi celular y comunicaciones a mi correo electrónico o dirección postal de parte del FBCC y del Programa de Medicaid del Departamento de niños y familias (Department of Children and Families, DCF) sobre mi atención médica.
  11. Entiendo que el FBCC es un programa de pruebas de detección de cáncer de mama y cervical, no un programa de tratamiento de cáncer.
  12. Si me diagnostican cáncer de mama o cervical mediante una prueba de detección del FBCC, me remitirán al Programa de Medicaid del DCF, que decidirá si soy elegible para recibir los beneficios de Medicaid que cubren los gastos del tratamiento. Puedo volver a aplicar al FBCC para hacer pruebas de detección una vez que haya completado el tratamiento.
- 
13. Este acuerdo es por un año, a menos que cambie mi elegibilidad para el programa. Si cambia mi estado de elegibilidad, o se vence este acuerdo, es posible que yo sea responsable de los servicios prestados durante el período de inelegibilidad en el FBCC
  14. **Según lo autoriza la ley federal, sección 552a del Título 5 del Código de los Estados Unidos, la recopilación de los números de seguro social por el Departamento de Salud de Florida para el FBCC podrá ser necesaria para enviar una solicitud y recibir los beneficios de Medicaid.**

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con su Coordinador regional en la oficina regional local del FBCC en:

Regional local de FBCC: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde Fecha de nacimiento

Dirección de correo electrónico del cliente: \_\_\_\_\_