



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).

INFORMACIÓN DE CONTACTO

DIRECCIÓN: _____
 DIRECCIÓN: _____
 CIUDAD Y CÓDIGO POSTAL: _____
 DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: _____
 TELÉFONO PRINCIPAL: _____
 TELÉFONO ALTERNATIVO: _____

MAJOR HORA PARA LLAMARLA:

a. m. p. m. A cualquier hora
 ¿Podemos dejar un mensaje?

DÍA/HORA PREFERIDOS PARA LA CITA

¿CÓMO SUPO DE ESTE PROGRAMA? (Marque todas las que correspondan).

<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="checkbox"/> Centro de salud calificado por el gobierno federal	
<input type="checkbox"/> Otro	

ESTADO DE EXAMEN DE DETECCIÓN (Marque solo una respuesta).

Inicial (primera vez en el programa) Examen de detección nuevo (previamente en el programa)
 Examen de seguimiento de corto plazo o de repetición (menos de 300 días desde el último examen de detección)
 ¿Tiene usted seguro médico? Sí No
 Si respondió "Sí", ¿cuál es su seguro? _____

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

ESTADO DE RESIDENCIA Y CIUDADANÍA (Marque todas las que correspondan).

Residente de Florida Ciudadana de EE. UU. Ciudadana en estado legal Otro

IDENTIFICACIÓN DE ETNICIDAD Y RAZA (Marque todas las que correspondan).

Hispana/Latina No hispana/No latina

IDENTIDAD RACIAL

India americana o nativa de Alaska
 Asiática
 Negra o afroamericana
 Nativa de Hawái o de otra isla del Pacífico
 Blanca de una isla

IDIOMAS QUE HABLA

Idioma principal que habla: _____
 Otros idiomas hablados: _____
 Idioma que prefiere para recibir correo: Inglés
 Español
 Creole

FOR OFFICE USE ONLY

Client Assigned ID# or Pseudo SS#: _____



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

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 5 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 (FBCCEDP)

ELEGIBILIDAD FINANCIERA

Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Número de identificación: _____

- ¿Tiene Medicaid? sí NO ¿Tiene Medicare? sí NO
- ¿Tiene otro seguro médico? sí NO Nombre del seguro _____
- Número de personas en su grupo familiar.** _____ (inclúyase a usted, cónyuge o compañero de unión civil e hijos dependientes)
- Ingresos netos de su grupo familiar (después de impuestos):** \$ _____ mensuales \$ _____ anuales

Tamaño de la familia	2021 Ingresos mensuales según la escala del Departamento de Salud	2021 Ingresos anuales según la escala del Departamento de Salud
1	\$2,146.58	\$25,759.00
2	\$2,903.25	\$34,839.00
3	\$3,659.91	\$43,919.00
4	\$4,416.58	\$52,999.00
5	\$5,173.25	\$62,079.00
6	\$5,929.91	\$71,159.00
7	\$6,686.58	\$80,239.00
8	\$7,443.25	\$89,319.00
9	\$8,199.91	\$98,399.00
10	\$8,956.58	\$107,479.00

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 FBCCEDP, es mi responsabilidad notificar a la oficina REGIONAL del FBCCEDP lo antes posible.

Firma _____

Fecha _____

Si tiene alguna pregunta, llame al coordinador regional al 386-457-6292 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.



FORMULARIO DE INICIO DE LOS SERVICIOS

PARTE I CONSENTIMIENTO PARA EL INICIO DE LA RELACIÓN ENTRE CLIENTE Y PROVEEDOR

Nombre del cliente: _____

Nombre de la agencia: _____

Dirección de la agencia: _____

Doy mi consentimiento para iniciar la relación entre cliente y proveedor. Autorizo al personal del Departamento de Salud (Department of Health) y a sus representantes a darme atención médica de rutina. Entiendo que la atención médica de rutina es confidencial y voluntaria. Esto puede incluir visitas médicas en la que se obtenga mi historia médica, me hagan exámenes médicos, me administren medicamentos o me hagan análisis de laboratorio o procedimientos menores. Puedo terminar con esta relación en cualquier momento.

PARTE II CONSENTIMIENTO PARA REVELAR INFORMACIÓN (solo para propósitos de tratamiento, pago u operaciones de atención médica).

Para propósitos de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, doy mi consentimiento para que se use y se revele mi información de salud, que incluye información médica, dental, sobre VIH/sida, STD (enfermedades de transmisión sexual), TB (tuberculosis) y prevención de trastornos por abuso de sustancias; información psiquiátrica o psicológica y de administración de casos.

PARTE III CERTIFICACIÓN, AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN Y SOLICITUD DE PAGO DEL PACIENTE DE MEDICARE (solo corresponde para clientes que tengan Medicare).

Yo, el cliente/representante que firma abajo, certifico que la información que di en la solicitud de pago en conformidad con el Título XVIII de la Ley de Seguro Social (Social Security Act) es correcta. Autorizo a la agencia indicada arriba a entregar mi información médica a la Administración del Seguro Social (Social Security Administration) o sus intermediarios o compañías aseguradoras para este o cualquier otro reclamo relacionado con Medicare. Solicito que se haga el pago de los beneficios autorizados en mi nombre. Cedo los beneficios pagaderos por servicios médicos a la agencia mencionada arriba y la autorizo a presentar el reclamo ante Medicare para el pago correspondiente.

PARTE IV CESIÓN DE LOS BENEFICIOS (solo corresponde para pagadores externos).

Yo, el cliente/representante que firma abajo, cedo a la agencia mencionada arriba todos los beneficios que reciba de cualquier plan de atención médica o póliza de gastos médicos. La cantidad de tales beneficios no debe superar los cargos médicos detallados en la lista de tarifas aprobadas. Todos los pagos cubiertos en este párrafo deben hacerse a la agencia indicada arriba. Entiendo que soy personalmente responsable de los gastos que no cubra esta cesión.

PARTE V RECOPIACIÓN, USO O REVELACIÓN DEL NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL

(Este aviso se entrega de conformidad con la Sección 119.071(5)(a) de los Estatutos de Florida).

Para los programas de atención médica, el Departamento de Salud de Florida puede recopilar su número del Seguro Social con fines de identificación y facturación, según se autoriza en las subsecciones 119.071(5)(a)2.a y 119.071(5)(a)6 de los Estatutos de Florida. Al firmar abajo, doy mi consentimiento para que se recopile, se use o se revele mi número del seguro social únicamente con fines de identificación y facturación. No podrá usarse con ningún otro fin. Entiendo que el Departamento de Salud de Florida debe recopilar los números del seguro social para cumplir las obligaciones y las responsabilidades que exige la ley.

PARTE VI SI FIRMO ABAJO, CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN DE ARRIBA ES CORRECTA Y CONFIRMO QUE RECIBÍ EL AVISO DE LOS DERECHOS DE PRIVACIDAD

Firma del cliente/representante

Indicar la relación del representante con el cliente o si este actúa en nombre propio Fecha

Testigo (opcional)

Fecha

PARTE VII RETIRO DEL CONSENTIMIENTO

Yo, _____, RETIRO ESTE CONSENTIMIENTO a partir del ____

Firma del cliente/representante

Fecha

Testigo (opcional)

Fecha

Nombre del cliente: _____

N.º de id.: _____

Fecha de nacimiento: _____

Original: para archivar; copia: para el cliente



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 (FBCCEDP). El FBCCEDP 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 FBCCED, declaro que:

1. Soy residente de Florida, quiero ser cliente del FBCCEDP 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 FBCCEDP si mis ingresos cambian y superan el 200 % del Nivel federal de pobreza.
 4. Me comunicaré con el FBCCEDP 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 FBCCEDP 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 FBCCEDP.
-
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 FBCCEDP, 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 FBCCEDP.
 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 FBCCEDP 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 FBCCEDP 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 FBCCEDP, 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 FBCCEDP 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 FBCCEDP.
 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 FBCCEDP 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 FBCCEDP en:

Regional local de FBCCEDP: Volusia Teléfono: 1-800-226-6110

Firma del cliente

Fecha

Nombre en letra de molde

Fecha de nacimiento

Dirección de correo electrónico del cliente: _____