Aplicación del Programa

EFECTIVA: 3/15/2020

Appointment
Date/Time: _____/_____

Type of Appointment
(Circle only one): **Screening or Diagnostic**

Seccion 1: Informacion del Solicitante

ESTATUS: ◯ INICIAL ◯ REAPLICANDO ◯ INTERVAL CORTO DE SEGUIMIENTO (O REPETIR EXAMEN)

NOMBRE (Legal o como aparece en su tarjeta del Seguro Social): REQUERIDO

Apellido Primer Nombre Inicial del Segundo Nombre

FECHA DE NACIMIENTO: (MES/DIA/AÑO)
/ /

NO. DE SEGURO SOCIAL
- -

SE REQUIEREN SU FECHA DE NACIMIENTO Y SU NO. DE SEGURO SOCIAL

DIRECCION DONDE VIVE (REQUERIDO):

DIRECCION: _____

CUIDAD Y CODIGO POSTAL: _____

NO. DE TELEFONO PRIMARIO. :(◯ CASA ◯ TRABAJO ◯ CELULAR)

( )_____ - _____

NO. DE TELEFONO ALTERNATIVO: (◯ CASA ◯ TRABAJO ◯ CELULAR)

( )_____ - _____

¿PODEMOS DEJARLE UN MENSAJE? ◯ Sí ◯ No

¿MEJOR HORA PARA LLAMARLE? ◯ Cualquiera ◯ AM o ◯ PM

¿DIA/HORA PREFERIDA PARA SU CITA?

DIA : _____ ◯ AM ◯ PM

ESTATUD RESIDENCIAL
Indique todo lo que aplica: **REQUERIDO**

◯ Debe ser residente de la Florida para ser elegible

◯ Subraye lo que aplica a usted: Ciudadano Estadounidense o bajo Estatus Migratorio

¿CUAL ES SU? REQUERIDO

Estatura ***en pulgadas*:** _____

Peso ***en libras*:** _____

¿ES USTED DE ORIGEN LATINO O HISPANO? REQUERIDO

1. ◯ Sí
2. ◯ No

¿QUE LENGUAJES HABLA USTED? REQUERIDO

Lenguaje Primario:

_____

Otro Lenguaje:

_____

¿Tiene historial de PRESION ALTA?

1.◯ Sí 2.◯ No

Tiene historial de Diabetes or Pre- Diabetes?

1.◯ Sí 2.◯ No

¿QUE RAZA(S) SE CONSIDERA USTED?

(Indique todas las que aplican) **REQUERIDO**

1. ☐ Indio Americano o Nativo de Alaska
2. ☐ Asiático
3. ☐ Negro o Americano Africano
4. ☐ Nativo de Hawái o de otras Islas del Pacifico
5. ☐ Blanco

¿USTED USA PRODUCTOS DE TABACO? REQUERIDO

1.◯ A diario 2.◯ Algunos días 3.◯ Para nada

4. ◯ Me niego a contestar

Si 1 o 2, ¿fue **Referido a la Línea de Cesar?**
1.◯ Sí 2.◯ No

******Teléfono para la Línea de Cesar # 1-877-822-6669******

¿COMO SE ENTERO DE ESTE PROGRAMA? 1.◯ ACS Local 2. ◯ Folleto 3.◯ Dept. de Salud 4.◯ Comunidad 5.◯ Familia/Amigo 6.◯ Internet 7.◯ Oficina Medica 8. ◯ Periódico 9.◯ FQHC 10.◯ Tarjeta Postal

¿USTED TIENE IMPLANTES DE SENOS? ◯ **SI** **2.**◯ **NO** **FAVOR MARCAR UNA RESPUESTA**

Sección 2: Historial de Salud

Historial del Examen de los Senos (Marque solo un cuadrito por cada categoría) REQUERIDO

¿Ha sido usted alguna vez diagnosticada con CANCER DEL SENO? ☐ **Sí** ☐ **No**

¿Cuándo fue su última MAMOGRAFIA antes de aplicar para este programa?

☐ **Ultima MAMOGRAFIA (mes_____ /año_____)** ☐ **NUNCA** ☐ **Insegura (¿5+ años?)**

Donde fue realizada? (PROVEEDOR) _____

Historial del Examen Cervical (Marque solo un cuadrito por cada categoría) REQUERIDO

¿Ha sido usted alguna vez diagnosticada con CANCER CERVICAL INVASIVO? ☐ **Sí** ☐ **No**

¿Cuándo fue su última prueba de PAPANICOLAOU antes de aplicar para este programa?

☐ **Última prueba de PAPANICOLAOU (mes_____ /año_____)** ☐ **NUNCA** ☐ **Insegura (¿5+ años?)**

¿HISTERECTOMIA? ☐ **SI** ☐ **NO** ☐ **Parcial o** ☐ **Completa ¿Cuando?** _____ **REQUERIDO**

¿Está experimentando ahora algún problema cervical o de los senos? ☐ **SI** ☐ **NO**

Si su respuesta fue sí, explique brevemente _____

Sección 3: Elegibilidad Financiera REQUERIDO

¿Usted tiene Medicaid? ☐ **SI** ☐ **NO** **¿Usted tiene Medicare?** ☐ **SI** ☐ **NO**

¿Usted tiene otra forma de seguro médico? ☐ **SI** ☐ **NO**

Número de personas en su hogar. _____ **(Favor de incluirse usted, su esposo o pareja en unión civil, e hijos que dependen de usted)**

Ingreso Neto del Hogar: REQUERIDO $ _____ **Mensual o $** _____ **Anual**

Circule Tamaño de Familia	2020 DOH Escala de Ingreso Mensual	2020 DOH Escala de Ingreso Anual
1	$2,127	$25,520
2	$2,873	$34,480
3	$3,620	$43,440
4	$4,367	$52,400
5	$5,113	$61,360
6	$5,860	$70,320
7	$6,607	$79,280
8	$7,353	$88,240
9	$8,100	$97,200
10	$8,847	$106,106

Yo certifico que la información que he proveído es correcta al mejor de mi conocimiento y creencia. Doy mi consentimiento al Departamento de Salud que averigüe y verifique la información. Entiendo que puedo ser procesada bajo la ley estatal, si deliberadamente he proveído información falsa.

NOTE:

Si usted obtiene cobertura de seguro médico mientras participa en este programa, es su responsabilidad notificar a la oficina del programa BCCEDP lo más pronto posible.

_____ **REQUERIDA**

(Firma/Fecha)

Si tiene cualquier pregunta, favor de llamar al (800) 226-6100 entre 8:00 a.m. y 5:00 p.m. de lunes a Viernes. En caso que le conteste la grabadora, favor de dejar un mensaje detallado. Haremos todo lo posible por devolver su llamada de la manera más oportuna.

FOR PROGRAM OFFICE USE ONLY:

THIS APPLICATION HAS BEEN: ☐ *APPROVED* ☐ *DENIED*

EFFECTIVE: _____ *(MM/DD/YYYY)*

AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION CONFIDENCIAL

LA INFORMACION PUEDE SER DIVULGADA POR:
Persona/Establecimiento: _____ Teléfono: _____
Dirección: _____ Fax: _____
LA INFORMACION PUEDER SER DILVULGADA A:

Persona/Establecimiento: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Fax: _____

INFORMACION QUE VA A SER DIVULGADA: (sección de iniciales)

_____ Registro(s) Medico General, incluyendo STD y TB X_____ Evaluación de progreso _____ Historia y resultados físicos
_____ Vacunas _____ Planificación familiar _____ Registros prenatales X_____ Consultas

X_____ Reportes de pruebas diagnósticas (Especificar el tipo de prueba(s))
_____

X_____ Otro: (especificar) _____

Autorizo específicamente la divulgación de información relacionada con: (selección inicial)

____Resultados de la prueba del VIH con propósito de no tratamiento ____Abuso de Sustancias Proveedor de servicios Registro del cliente

____Evaluación Psiquiátricas, Psicológicas o Psicoterapéutica ____Intervención Temprana ____WIC

PROPOSITO DE DIVULGAR:
X____ Continuidad de Cuidado ____ Uso Personal X____ Otro (especificar) Reembolso del Proveedor y Coordinación de Cuidado

FECHA DE VENCIMIENTO: Esta autorización (insertar fecha o evento) un ano a partir de la fecha de firma. Entiendo que si no puedo especificar una fecha de vencimiento. esta autorización expirara doce (12) meses a partir de la fecha en que se firmó.

REDIVULGAR: Entiendo que una vez que la información encontrada arriba es revelada, puede ser re divulgada por el destinario y la información puede que no esté protegida por la ley federal de la privacidad o regulaciones federales.

CONDICIONES: Entiendo que completar este formulario de autorización es voluntario. Entiendo que el tratamiento no será negado si me niego a firmar este formulario.

REVOCACION: Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Si revoco esta autorización, Entiendo que debo hacerlo por escrito y que debo presentar mi revocación al departamento de registros médicos. Entiendo que la revocación no se aplicara a la información que ya ha sido revelada en repuestas a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicara a mi compañía de seguros, Medicaid y Medicare.

x_____ x_____
Firma del Cliente/representante Fecha

x_____ _____
Nombre en Letra de Molde Relación del Representante con el Cliente

x_____ _____
Testigo (opcional) Date

Nombre del Cliente: _____

SS: _____

FDN: _____

DH 3203, **Original:** Al Archivo **Copia:** Al Cliente **Copia:** Para acompañar la divulgación

Florida Breast and Cervical Cancer Early Detection Program

Annual Applicant Agreement

Please read each statement and sign at the bottom of the page.

I declare that:

1. I want to become a client of the Florida Breast and Cervical Cancer Early Detection Program (FBCCEDP) and I may withdraw at any time.
2. My net family annual income is at or below 200% of the Federal Poverty Level and I have no health insurance that pays for breast and cervical cancer screening exams.
3. I will no longer be eligible for FBCCEDP if my income changes to above 200% of the Federal Poverty Level.
4. I will call FBCCEDP once I enroll into health insurance and give them the name of the health insurance company, policy number and effective date. If my health insurance covers breast and cervical cancer screenings my screenings will no longer be paid for by FBCCP.
5. I will disclose any breast or cervical screening services that may impact my eligibility enrollment in FBCCEDP.

---

6. I may have a share of cost for some services.
7. I will use an authorized provider for my breast and/or cervical screening examinations (breast exam, mammogram, and/or Pap test).
8. **I agree to complete any follow-up test within 60 days. If I fail to meet these guidelines, I may be responsible for partial or full cost of all services.**

---

9. I will allow an exchange and release of my medical information between my health care providers, the FBCCEDP, the Florida Department of Health's Cancer Data Registry, the Centers for Disease Control and Prevention, and others related to my health care. This information could include medical history, examination and procedure results, even if they were not paid by FBCCEDP.
10. I agree to receive phone or mail contact from FBCCEDP and the Department of Children and Families (DCF) Medicaid Program about my health care.
11. I understand that the FBCCEDP is a breast and cervical cancer **screening** program, not a cancer treatment program.
12. If I am diagnosed with breast or cervical cancer as a result of FBCCEDP screening, I will be referred to DCF Medicaid Program who will determine if I am eligible for Medicaid to cover treatment cost. I can reapply to FBCCEDP for screenings once treatment is completed.

---

13. This agreement is for <u>one</u> year unless my program eligibility changes. If my eligibility status changes <u>or</u> this agreement expires, I may be responsible for services provided during my FBCEEDP ineligible period.

Client signature	Date
Printed name	Date of birth

Revised June 2019