



Aplicación del Programa

EFFECTVA: 7/1/2018

Appointment
 Date/Time: _____/_____/_____
 Type of Appointment
 (Circle only one): **Screening or Diagnostic**

Seccion 1: Informacion del Solicitante	
ESTATUS: <input type="checkbox"/> INICIAL <input type="checkbox"/> REAPLICANDO <input type="checkbox"/> INTERVAL CORTO DE SEGUIMIENTO (O REPETIR EXAMEN)	
NOMBRE (Legal o como aparece en su tarjeta del Seguro Social): REQUERIDO	FECHA DE NACIMIENTO: (MES/DIA/AÑO) _____/_____/_____ NO. DE SEGURO SOCIAL _____-_____-_____-
Apellido _____ Primer Nombre _____ Inicial del Segundo Nombre _____	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: (<input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> TRABAJO <input type="checkbox"/> CELULAR) (_____) _____ - _____ NO. DE TELEFONO ALTERNATIVO: (<input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> TRABAJO <input type="checkbox"/> CELULAR) (_____) _____ - _____
ESTADUD RESIDENCIAL Indique todo lo que aplica: REQUERIDO <input type="checkbox"/> Debe ser residente de la Florida para ser elegible <input type="checkbox"/> Subraye lo que aplica a usted: Ciudadano Estadounidense o bajo Estatus Migratorio	¿CUAL ES SU? REQUERIDO Estatura <i>en pulgadas</i> : _____ Peso <i>en libras</i> : _____ ¿PODEMOS DEJARLE UN MENSAJE? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿MEJOR HORA PARA LLAMARLE? <input type="checkbox"/> Cualquiera <input type="checkbox"/> AM o <input type="checkbox"/> PM ¿DIA/HORA PREFERIDA PARA SU CITA? DIA : _____ AM O PM
¿ES USTED DE ORIGEN LATINO O HISPANO? REQUERIDO 1. <input type="checkbox"/> Sí 2. <input type="checkbox"/> No	¿QUE LENGUAJES HABLA USTED? REQUERIDO Lenguaje Primario: _____ Otro Lenguaje: _____
¿QUE RAZA(S) SE CONSIDERA USTED? <i>(Indique todas las que aplican)</i> REQUERIDO 1. <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska 2. <input type="checkbox"/> Asiático 3. <input type="checkbox"/> Negro o Americano Africano 4. <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otras Islas del Pacifico 5. <input type="checkbox"/> Blanco	¿Tiene historial de PRESION ALTA? 1. <input type="checkbox"/> Sí 2. <input type="checkbox"/> No ¿USTED USA PRODUCTOS DE TABACO? REQUERIDO 1. <input type="checkbox"/> A diario 2. <input type="checkbox"/> Algunos días 3. <input type="checkbox"/> Para nada 4. <input type="checkbox"/> Me niego a contestar Si 1 o 2, ¿fue Referido a la Línea de Cesar? 1. <input type="checkbox"/> Sí 2. <input type="checkbox"/> No ****Teléfono para la Línea de Cesar # 1-877-822-6669****
¿COMO SE ENTERO DE ESTE PROGRAMA? 1. <input type="checkbox"/> ACS Local 2. <input type="checkbox"/> Folleto 3. <input type="checkbox"/> Dept. de Salud 4. <input type="checkbox"/> Comunidad 5. <input type="checkbox"/> Familia/Amigo 6. <input type="checkbox"/> Internet 7. <input type="checkbox"/> Oficina Medica 8. <input type="checkbox"/> Periódico 9. <input type="checkbox"/> FQHC 10. <input type="checkbox"/> Tarjeta Postal	
¿USTED TIENE IMPLANTES DE SENOS? <input type="checkbox"/> SI 2. <input type="checkbox"/> NO FAVOR MARCAR UNA RESPUESTA	

Sección 2: Historial de Salud

Historial del Examen de los Senos (Marque solo un cuadrado 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?

Última MAMOGRAFIA (mes _____ / año _____) NUNCA Insegura (¿5+ años?)
 Donde fue realizada? (PROVEEDOR) _____

Historial del Examen Cervical (Marque solo un cuadrado 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) ¿Cuándo? _____ **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	2018 DOH Escala de Ingreso Mensual	2018 DOH Escala de Ingreso Anual
1	\$2,023	\$24,280
2	\$2,743	\$32,920
3	\$3,463	\$41,560
4	\$4,183	\$50,200
5	\$4,878	\$58,840
6	\$5,623	\$67,480
7	\$6,343	\$76,120
8	\$7,038	\$84,460
9	\$7,783	\$94,400
10	\$8,503	\$102,040

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.

PARA USO DE LA OFICINA DEL PROGRAMA SOLAMENTE:

THIS APPLICATION HAS BEEN: APPROVED DENIED
 EFFECTIVE: _____ (MM/DD/YYYY)



AUTHORIZATION TO DISCLOSE CONFIDENTIAL INFORMATION

INFORMATION MAY BE DISCLOSED BY:

Person/Facility: _____ **Phone #:** _____

Address: _____ **Fax #:** _____

INFORMATION MAY BE DISCLOSED TO:

Person/Facility: _____ **Phone #:** _____

Address: _____ **Fax#:** _____

INFORMATION TO BE DISCLOSED: (Initial Selection)

- General Medical Record(s), including STD and TB Progress Notes History and Physical Results
- Immunizations Family Planning Prenatal Records Consultations
- Diagnostic Test Reports (Specify Type of test(s)) _____
- Other: (specify) _____

I specifically authorize release of information relating to: (initial selection)

- HIV test results for non-treatment purposes Substance Abuse Service Provider Client Records
- Psychiatric, Psychological or Psychotherapeutic notes Early Intervention WIC

PURPOSE OF DISCLOSURE:

Continuity of Care Personal Use Other (specify) Provider Reimbursement & Care Coordination

EXPIRATION DATE: This authorization will expire (insert date or event) **one year from signature date**. I understand that if I fail to specify an expiration date or event, this authorization will expire twelve (12) months from the date on which it was signed.

REDISCLASURE: I understand that once the above information is disclosed, it may be redisclosed by the recipient and the information may not be protected by federal privacy laws or regulations.

CONDITIONING: I understand that completing this authorization form is voluntary. I realize that treatment will not be denied if I refuse to sign this form.

REVOCAION: I understand that I have the right to revoke this authorization any time. If I revoke this authorization, I understand that I must do so in writing and that I must present my revocation to the medical record department. I understand that the revocation will not apply to information that has already been released in response to this authorization. I understand that the revocation will not apply to my insurance company, Medicaid and Medicare.

Client/Representative Signature

Printed Name

Witness (optional)

Date

Representative's Relationship to Client

Date

Client Name: _____

SS#: _____

DOB: _____

Florida Breast and Cervical Cancer Early Detection Program

Annual Applicant Agreement

- I agree to become a client of the Florida Breast and Cervical Cancer Early Detection Program (FBCCEDP).
- Florida is my primary residence.
- I declare that my net family annual income is at or below 200% of the Federal poverty guideline and I have no health insurance that pays for breast and cervical cancer screening exams.
- ****I understand that I may have a share of cost for some services.**
- I agree to use an authorized provider for my breast and/or cervical screening examinations (breast exam, mammogram, and/or Pap test) and I agree to complete any follow-up tests within 60 days.
- I understand that the FBCCEDP is a breast and cervical cancer **screening** program, not a cancer **treatment** program. If I am diagnosed with breast or cervical cancer as a result of my FBCCEDP screening, I will be referred to a provider for my cancer treatment.
- I agree to allow an exchange and release of information via fax or mail between my health care providers, the Florida Department of Health Breast and Cervical Cancer Early Detection Program, the Florida Department of Health Cancer Data Registry, the Centers for Disease Control and Prevention, and others related to my health care. This information could include medical history, examination results, and any follow up tests and treatments done as a result of the examination, even if the tests or treatment I receive are not paid for by the FBCCEDP.
- I agree to receive phone or mail contact from FBCCEDP staff about my health care.
- I understand this agreement is good for one year unless my program eligibility changes.
- I understand that taking part in this program is my choice and I may withdraw from the program at any time.

Client signature

Date

Printed name

Date of birth

Revised 7/1/17