



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).**

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



Select CHD

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):

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 MAMAS 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?

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 hysterectomía? Especifique si fue parcial o total.

- Hysterectomía parcial (Todavía tengo cuello del útero)       Hysterectomía total (no tengo cuello del útero)

¿Cuál fue el motivo de la hysterectomía?

FOR OFFICE USE ONLY

Client Assigned ID#:



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

### ELEGIBILIDAD FINANCIERA

Número de  
Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ 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	2025 Ingresos mensuales según la escala del Departamento de Salud	2025 Ingresos anuales según la escala del Departamento de Salud
1	\$2,608.25	\$31,299.00
2	\$3,524.91	\$42,299.00
3	\$4,441.58	\$53,299.00
4	\$5,358.25	\$64,299.00
5	\$6,274.91	\$75,299.00
6	\$7,191.58	\$86,299.00
7	\$8,108.25	\$97,299.00
8	\$9,024.91	\$108,299.00
9	\$9,941.58	\$119,299.00
10	\$10,858.25	\$130,299.00

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 1-800-226-6110 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.



# 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 proporcionar la atención médica de rutina. Entiendo que la atención médica de rutina es confidencial y voluntaria, y puede implicar consultas médicas, incluyendo, obtención de mi historia médica, evaluaciones, exámenes médicos, administración de medicamentos o análisis de laboratorio o procedimientos menores. Puedo terminar con esta relación en cualquier momento.

Al poner mis iniciales en este renglón, reconozco que he recibido una Hoja informativa de consentimiento informado sobre telesalud y que doy mi consentimiento para que se ofrezcan algunos servicios a través de telesalud. Puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento, lo que discontinuará el uso de los servicios de telesalud sin afectar mi derecho a la atención o al tratamiento futuros.

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

Para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, doy mi consentimiento para que se use y se revele mi información de salud, incluyendo información médica, dental, sobre VIH/SIDA, ETS, TB y prevención de trastornos por abuso de sustancias, información psiquiátrica/psicológica y de administración de casos. Además, doy mi consentimiento para que mi información médica se comparta en el Health Information Exchange (intercambio de información médica, HIE), lo que permite el acceso a los consultorios médicos, hospitales, coordinadores de atención, laboratorios, centros de radiología y otros proveedores de atención médica participantes a través de medios electrónicos seguros. Si elige no compartir su información en el HIE, puede optar por no participar si pide y firma un formulario de exclusión del HIE.

## **PARTE III** CERTIFICACIÓN, AUTORIZACIÓN PARA REVELAR Y SOLICITUD DE PAGO DEL PACIENTE DE MEDICARE (Solo aplica a clientes de Medicare).

Yo, el cliente/representante que firma abajo, certifico que la información que di en la solicitud de pago según el Título XVIII de la Ley de Seguro Social es correcta. Autorizo a la agencia de arriba a revelar mi información médica a la Administración del Seguro Social o sus intermediarios/aseguradoras para este u otros reclamos relacionados con Medicare. Solicito que se paguen 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.

## **PARTE IV** CESIÓN DE LOS BENEFICIOS (Solo aplica a 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 esos beneficios no debe superar los cargos médicos establecidos 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** OBTENCIÓN, USO O REVELACIÓN DEL NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL

(Este aviso se entrega según 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. Firmando abajo, doy mi consentimiento para que se recopile, use o 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 o su representante

\_\_\_\_\_  
Relación propia o del representante con el cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo (opcional)

\_\_\_\_\_  
Fecha

## **PARTE VII** REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, \_\_\_\_\_ REVOCO ESTE CONSENTIMIENTO, vigente a partir del \_\_\_\_\_  
Firma del cliente o su representante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



# AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

**LA INFORMACIÓN PUEDE REVELARLA:**

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

N.º de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

N.º de fax: \_\_\_\_\_

**LA INFORMACIÓN PUEDE REVELARSE A:**

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

N.º de teléfono: \_\_\_\_\_

**MÉTODO PARA COMPARTIR LA INFORMACIÓN:**

Se recoge en la clínica/centro

Dirección: \_\_\_\_\_



N.º de fax: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

(Tenga en cuenta que el envío de correos electrónicos puede no ser un método seguro de comunicación)

**INFORMACIÓN QUE SE REVELARÁ: (sección inicial)**

Expediente médico general, incluyendo expediente de STD y TB



Historia clínica y resultados físicos



Planificación familiar



Informes de pruebas diagnósticas (especifique el tipo de prueba)



Otro: (Especifique): \_\_\_\_\_



Notas de progreso



Consultas

**Ámbito específicamente que se comparte información relacionada con: (sección inicial)**

Resultados de pruebas de VIH para fines no relacionados con el tratamiento



Registros del cliente del proveedor de servicios por consumo de sustancias



Notas psiquiátricas, psicológicas o psicoterapéuticas



Intervención temprana



WIC

**PROPOSITO DE COMPARTIR LA INFORMACIÓN:**

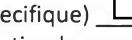
Continuidad de la atención



Uso personal



(especifique)



FECHA DE VENCIMIENTO: Esta autorización vencerá (inserte fecha o suceso) \_\_\_\_\_ . Entiendo que, si no especifico una fecha de vencimiento o suceso, 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, el destinatario puede volver a revelarla, y es posible que esa información ya no esté protegida por las leyes y reglamentaciones federales de privacidad.**CONDICIONES:** Entiendo que completar este formulario de autorización es voluntario. Entiendo que no me negarán el tratamiento si no firmo este formulario.**CANCELACIÓN:** Entiendo que tengo derecho a cancelar esta autorización en cualquier momento. Si cancelo esta autorización, entiendo que debo hacerlo por escrito y que debo presentar la cancelación al Departamento de Expedientes Médicos (Medical Record Department). Entiendo que la cancelación no se aplicará a la información que ya se haya compartido en respuesta a esta autorización. Entiendo que la cancelación no se aplicará a mi compañía de seguros, Medicaid ni Medicare.

Firma del cliente/representante legal

Fecha

Nombre en letra de molde

Relación del representante legal con el cliente

Testigo (opcional)

Fecha

Si usted es representante legal de la persona cuya información solicita, debe presentar documentación que demuestre su autorización legal para pedir esta información (por ejemplo, poder, formulario de sustituto para la toma de decisiones sobre la atención médica, orden o nombramiento de tutela, orden de designación de representante personal y cartas de administración).

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

N.º de identificación: \_\_\_\_\_

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 (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 cumple 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:

Kathy Diaz

Teléfono: 1-800-226-6110

Firma del cliente

Fecha

Nombre en letra de molde

Fecha de nacimiento

Dirección de correo electrónico del cliente: