

Formulario sobre elegibilidad para realizarse pruebas de detección de cáncer de seno y cervical



Inscripción para inscribirse y determinar la elegibilidad

Fecha de hoy	Apellido	Nombre	Inicial del 2.º nombre	Otros apellidos utilizados
Fecha de nacimiento	Edad actual (hoy)		Número del seguro social	
Dirección postal		Ciudad	Estado	Código postal

Números de teléfono (¿Acepta que dejemos mensajes respecto de las citas o elegibilidad en estos teléfonos? Sí No)
 Número de teléfono particular: (____) _____ Número de teléfono celular: (____) _____
 Dirección de correo electrónico _____

Origen étnico ¿Es de origen hispano? (Español/Hispano/Latino) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé	Raza ¿Qué raza(s) la describe(n) mejor? <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Indoamericana o nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Negra o africana <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái o de isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otra/No lo sé
--	---

Opcional (se usa únicamente para evaluación del programa), marque todos los casilleros que correspondan:

Amish Menonita LGBTQ Mujer con una discapacidad

Idioma principal: Inglés Español Otro _____ ¿Necesitará un intérprete en su cita? Sí No

Cobertura de atención médica

¿Tiene seguro de salud? Sí No En caso afirmativo, indique el nombre de la empresa aseguradora _____
 ¿Tiene Medicaid? Sí No
 ¿Tiene Medicare Parte B? Sí No
 ¿La remitieron al Mercado de seguros de salud o de planes expandidos de Medicaid? Sí No Fecha de la remisión _____

Antecedentes médicos

¿Tiene algún problema en sus senos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tiene algún síntoma en la zona de la pelvis? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Se hizo una mamografía alguna vez? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tuvo cáncer cervical alguna vez? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fecha de la última mamografía _____	¿Se hizo un Papanicolau alguna vez? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ubicación de la última mamografía _____	Fecha del último Papanicolau _____
¿Tiene implantes mamarios? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ubicación del último Papanicolau _____
En caso afirmativo, ¿de qué tipo? <input type="checkbox"/> Silicona <input type="checkbox"/> Salina <input type="checkbox"/> Gel	¿Alguna vez le han practicado una histerectomía? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé
¿Tiene antecedentes personales de cáncer de seno? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, ¿se debió a cáncer cervical? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé
¿Tiene alguna mutación del gen BRCA1 o BRCA2? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé	En caso afirmativo, ¿conserva el cuello de útero? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé
	¿Le dijo su médico que ya no necesita Papanicolaus? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿Cómo se enteró del programa? (Marque todo lo que corresponda)

Proveedor médico (Nombre del proveedor _____) Evento (Nombre del evento) _____
 Reselección/Reinscripción Tarjeta de presentación plástica de BCCP Clínica gratuita Recomendación de familiar o amigo
 Flyer, folleto o afiche Periódico, TV o radio Redes sociales (Facebook, Instagram, etc.)
 Internet (sitio web, motor de búsqueda, etc.) Otra organización (Komen, agencia de la comunidad, etc.) _____ Otro _____

Vaya a la página siguiente.



Formulario sobre elegibilidad para realizarse pruebas de detección de cáncer de seno y cervical

Página 2



Nombre de la cliente:

Información sobre la cita

¿Cuál es la mejor hora del día para sus citas? _____

Indique el nombre/teléfono de su médico o clínica _____

Si el personal de BCCP no puede comunicarse con usted por correo o teléfono, puede comunicarse con las siguientes personas para obtener su dirección o número de teléfono actuales. Brinde el nombre y el teléfono de una o dos personas que tienen contacto continuo con usted.

Nombre _____ Nombre _____

Relación _____ Relación _____

Teléfono _____ Teléfono _____

¿Hay alguna circunstancia por la que no pueda realizarse las pruebas de detección del cáncer?

Describe tales circunstancias a continuación. Si no hay ninguna, marque Ninguna.

Falta de transporte Hora de salida del trabajo No tengo quién cuide a los niños Ninguna

Si es otra circunstancia, descríbala: _____

¿Necesita ayuda con cualquiera de las siguientes dificultades para poder acceder a los servicios médicos?

Marque todas las que correspondan o marque Ninguna.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dificultad para oír | <input type="checkbox"/> Dificultad para moverse, como caminar o subir las escaleras |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para ver | <input type="checkbox"/> Dificultad para hacer mandados, tales como ir al consultorio de un médico o hacer las compras |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para vestirse o bañarse | <input type="checkbox"/> Otra _____ |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones | <input type="checkbox"/> Ninguna |

Dejar de fumar y consumir tabaco Línea directa de asistencia para dejar de fumar de OH: 1-800-QUIT-NOW

¿Consumes tabaco? Sí No

Sí, quiero dejar de fumar y estoy de acuerdo en que la línea de asistencia me llame. Entiendo que mi participación es voluntaria y que la línea directa de asistencia para dejar de fumar de OH es un servicio gratuito.

Sí, pero no quiero que me llame un coach de la línea directa de asistencia para dejar de fumar de OH.



Lea y firme los formularios de consentimiento informado, autorización para divulgar información médica y certificación de ingresos.

Sólo para uso del consultorio

ID del estado _____

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ¿Tiene 21 años o más? | <input type="checkbox"/> ¿Elegible para inscribirse en BCCP CDC? |
| <input type="checkbox"/> ¿Sin seguro o con un seguro insuficiente? | <input type="checkbox"/> ¿Elegible para inscribirse en BCCP State? |
| <input type="checkbox"/> ¿Se encuentra dentro del 300% del nivel de pobreza? | <input type="checkbox"/> ¿Inscripción en los Servicios de navegación para pacientes? |

**Proyecto de Cáncer de Seno y Cervical de Ohio
Autodeclaración de ingresos**

En el Departamento de Salud de Ohio, el Proyecto de Cáncer de Seno y Cervical (Breast and Cervical Cancer Project, BCCP) ofrece servicios de detección y diagnóstico para mujeres elegibles en Ohio. Las mujeres a partir de 21 años en adelante con ingresos en el 300% del nivel federal de pobreza o por debajo del mismo, sin seguro o aseguradas con copagos o deducibles, pueden calificar a servicios pagados a través del Programa Ohio BCCP. **Se requiere una nueva verificación del acuerdo anual de ingresos.** El programa Ohio BCCP paga por las detecciones y los servicios de diagnóstico aprobados para el cáncer de seno y cervical; la solicitud debe aprobarla el programa BCCP de Ohio antes de recibir el servicio.

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

Número de integrantes del hogar Para determinar el número de integrantes, inclúyase usted mismo (y si está casado, a su cónyuge); y niños de 18 años de edad dependientes o menores.

Encierre en un círculo : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 **Otro:** _____

Nombre del miembro de la familia	Relación	Edad

Ingreso total familiar

Ingresos - Los ingresos incluyen salarios y sueldos, propinas, pensión alimenticia, asistencia pública, discapacidad, desempleo, seguro social, intereses, jubilación y pensión. Solo incluya los ingresos de los adultos del hogar.

Nombre de la persona que recibe ingresos	Empleador o fuente de ingresos	Ingreso bruto (antes de impuestos)	¿Con qué frecuencia se recibe?
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

Si reporta \$0 de ingresos, sírvase incluir una breve explicación de cómo está sobreviviendo económicamente:

Por la presente doy fe de que la información que he proporcionado al programa Ohio BCCP es veraz y correcta a mi leal entender. También doy por entendido que si la información demuestra ser falsa o incorrecta, será eliminada del programa.

Nombre (escribir en letra de imprenta)

Firma/Fecha

DEPARTAMENTO DE SALUD DE OHIO PROYECTO SOBRE CÁNCER DE SENO Y CERVICAL (BCCP)
CONSENTIMIENTO PARA LA ATENCIÓN Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre: _____
(escriba en letra de imprenta)

Fecha de nacimiento: ____/____/____

- 1) Comprendo que el Programa de Ohio BCCP es un programa de detección y diagnóstico que se limita al cáncer cervical y de seno. Comprendo también que únicamente los servicios autorizados del Programa Ohio BCCP (lista de procedimientos admisibles) serán cubiertos. Comprendo que podría ser responsable por el costo de servicios adicionales y esto lo he conversado con el personal del programa. He tenido oportunidad de revisar los servicios pagables elegibles que se indican en el dorso de este consentimiento.
- 2) Comprendo que el Ohio BCCP es un pagador de última instancia. Si tengo un seguro médico, el servicio se enviará primero a mi compañía de seguros. El Ohio BCCP deberá obtener una explicación de mis beneficios por aquellos servicios para determinar el pago adicional por parte del programa. El programa Ohio BCCP brindará asistencia en pagar el reclamo hasta para las tasas Medicare Parte B para servicios admisibles. Comprendo que es posible que el programa Ohio BCCP no se encuentre en capacidad de pagar el reclamo en su totalidad.
- 3) Comprendo que, si no cumplo con los requisitos para el programa Ohio BCCP debido a pautas de elegibilidad, califico para servicios de orientación. Comprendo que los programas exclusivos de orientación de Ohio BCCP no cubren el costo de servicios médicos; sin embargo, a través de la participación, los guías trabajarán conmigo para encontrar los recursos de financiamiento posibles. No existe ningún costo para recibir los servicios de orientación. Se me notificará si no califico para los servicios pagados y documentados en mi expediente BCCP.
- 4) Comprendo que como parte de la atención médica con el programa Ohio BCCP, los expedientes médicos se crean y conservan mis antecedentes médicos, síntomas, exámenes y resultados, diagnósticos, tratamientos, y planes para futuras atenciones o tratamientos. Comprendo que esta información sirve como base para planificar mi atención médica y tratamiento, incluso para la comunicación entre los proveedores que contribuyen a mi atención; medios de verificación de servicios para el pago correspondiente; y herramientas para actividades de atención médica, como la evaluación de la calidad.
- 5) Doy mi autorización para que mi proveedor de atención médica, el laboratorio, la clínica, la unidad de radiología o el hospital faciliten los resultados de las pruebas de detección de cáncer de seno y cervical del Programa Ohio BCCP o los resultados de mis exámenes de seguimiento y del tratamiento.
- 6) Comprendo que como una condición para recibir atención con el programa Ohio BCCP, Ohio BCCP puede utilizar o divulgar mi información médica con fines de tratamiento, pago y actividades de atención médica. Estos usos y divulgaciones se explican detalladamente en el Aviso de prácticas de privacidad que se me ha facilitado y la cual he tenido la oportunidad de revisar.
- 7) Eximo a este programa, a sus empleados y agentes de cualquier reclamo, demanda y acción relacionada con mi participación en el programa Ohio BCCP. Esto incluye cualquier reclamo relacionado al fallo de detectar o diagnosticar cáncer o al fallo del tratamiento, o cualquier acto u omisiones relacionadas al diagnóstico o tratamiento mientras sea parte del programa.
- 8) Comprendo que tengo el derecho a revocar/retirar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento; mi revocación entrará en vigencia excepto en la medida que Ohio BCCP haya actuado en virtud de mi consentimiento para utilizar o divulgar mi información médica. La prestación del futuro tratamiento puede ser retirado, si retiro mi consentimiento.
- 9) Por la presente, y mediante mi firma a continuación, autorizo a que el personal de Ohio BCCP, en caso de que no puedan contactarme por teléfono o correo postal, contacte a la siguiente persona con el propósito de obtener mi dirección actual o número telefónico:

Nombre: _____ Número telefónico: _____

- 10) Línea de ayuda de Ohio para dejar el tabaco - Formulario fax de derivación de pacientes y autorización para divulgar información:

_____ Sí, estoy planeando dejarlo y estoy de acuerdo en que la línea de ayuda se comunice conmigo. Comprendo que mi participación es voluntaria y que la Línea de ayuda de Ohio para dejar el tabaco es un servicio gratuito.

Firma: _____

Fecha: ____/____/____

(Este consentimiento caduca dos años después de la fecha de su firma)

En parte el financiamiento se hizo posible gracias al acuerdo cooperativo 5 NU58DP006284-03-00 de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.

DEPARTAMENTO DE SALUD DE OHIO PROYECTO SOBRE CÁNCER DE SENO Y CERVICAL (BCCP)
 CONSENTIMIENTO PARA LA ATENCIÓN Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PERSONAL

Servicios de BCCP que se pueden pagar

Detección y diagnóstico de cáncer cervical	
Si tengo de 21 a 29 años	<ul style="list-style-type: none"> • Una visita al consultorio con un médico o enfermero para la prueba de Papanicolaou cada tres (3) años. (La visita al consultorio puede incluir un examen pélvico y un examen clínico de seno - CBE, clinical breast exam) • Exámenes de diagnóstico y estudios de seguimiento en caso de un Papanicolaou anormal.
Si tengo 30 años o más	<ul style="list-style-type: none"> • Una visita al consultorio con un médico o enfermero para la prueba de Papanicolaou cada tres (3) años o la prueba de Papanicolaou más una prueba del Virus del Papiloma Humano (Human Papillomavirus, HPV) cada cinco (5) años. (La visita al consultorio puede incluir un examen pélvico y un examen clínico de seno - CBE, clinical breast exam) • Exámenes de diagnóstico y estudios de seguimiento en caso de un Papanicolaou anormal.

Prueba de detección y diagnóstico de cáncer de seno	
Si tengo de 21 a 39 años	<ul style="list-style-type: none"> • Mamografía de detección/diagnóstico si un médico determina que necesita servicios de detección o diagnóstico con base en un examen clínico, antecedentes familiares u otros factores. (Puede incluir la visita al consultorio para la indicación) • Visitas al consultorio/exámenes de seguimiento y estudios de diagnóstico en caso de resultados de mamografía anormales.
Si tengo 40 años	<ul style="list-style-type: none"> • Mamografía de detección bianual (cada dos años). (Puede incluir la visita al consultorio para la indicación) • Visitas al consultorio/exámenes de seguimiento y estudios de diagnóstico en caso de resultados de mamografía anormales.

La Agencia de Inscripción Regional debe aprobar y programar todos los servicios debido a que **los clientes no pueden programar sus propias citas**. Las citas se hacen con un proveedor BCCP contratado para que los servicios sean cubiertos. La preautorización o aprobación es requerida para la evaluación diagnóstica que permite la lista actual de códigos de procedimiento.

Si soy diagnosticada en etapa precancerosa/cáncer de seno o cervical, el personal del programa revisará mis ingresos para ayudarme a encontrar los mejores recursos para tratamiento. Puedo ser elegible para el BCCP Medicaid. Es posible que deba demostrar mi identidad, que soy una ciudadana de los Estados Unidos o una extranjera en estado legal, así como proporcionar las declaraciones de impuestos sobre la renta o talones de cheques para demostrar mis ingresos para solicitar el BCCP Medicaid.

Cosas por las que Ohio BCCP no paga	
Menores de 40 años	<ul style="list-style-type: none"> • Mamografías de detección/diagnóstico sin derivación por un médico
Cualquier edad	<ul style="list-style-type: none"> • Cualquier tratamiento para cáncer • Consulta anual ginecológica • Mamografía anual • Cualquier servicio, a menos que sea para la detección o el diagnóstico de cáncer de seno o cervical • Otro examen que el médico pueda solicitar como exámenes de orina o sangre. • Exámenes que se me realizaron antes de inscribirme en este programa • Servicios de tratamiento o atención para pacientes internados. • Medicamentos con receta en las visitas al consultorio.

El personal regional revisará todos los procedimientos admisibles antes de brindar cualquier servicio médico.