



**PROGRAMA DE DETECCION TEMPRANA DEL CANCER DE MAMA Y CERVICAL  
DE LA FLORIDA (FBCCEDP)**

**Sirviendo los condados de Sarasota, Manatee, Desoto, Charlotte, Lee, Hendry, Glades y Collier**

Mamografías, Exámenes Clínicos de la Mama, y Exámenes Papanicolaou y de la Pelvis para mujeres  
Edades de 50-64

**INSCRIPCION DEL PACIENTE** Fax al 941-554-5512

Apellido Legal: \_\_\_\_\_ Primer Nombre Legal: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_ Teléfono (Hogar): \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_

Mejor hora para llamar: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Etnicidad: Hispana o Latina?  Sí  No

Raza:  Blanca  Negra o Afroamericano  Asiática  Nativa de Hawái o Islas del Pacífico

India Americana o Nativo de Alaska  Desconosco Primer Lenguaje (Si es diferente del Inglés): \_\_\_\_\_

Estado Civil:  Soltera  Casada  Divorciada  Separada  Viuda

¿Podemos dejar un mensaje en el buzón de mensajes?  Sí  No

**Historia Médico**

Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

¿Tiene algo de lo siguiente? (Por favor marque todos los que apliquen)

Pre-diabetes  Diabetes  Presión Alta  Colesterol alto

Consumo de tabaco:  Diario  Algunos días  Nunca \*Referido al programa de Quit Line:  Sí  No

¿Cómo se enteró del programa?

ACS  Folleto  Departamento de Salud  Comunidad  Familiar/Amiga  Internet  
 Oficina de Médico  Periódico  FQHC  Tarjeta Postal  Carteles en Autobús, bancos, envolturas  
 Sesión educativa  Eventos  Radio  Carteles  Medio de Comunicación Social  Televisión

¿Cuándo fue la última vez que tuvo algún tipo de seguro de salud? \_\_\_\_\_

**Senos**

¿Has tenido cáncer de seno?  Sí  No

¿Te has hecho una mamografía antes?  Sí  No En caso afirmativo, fecha de la mamografía \_\_\_\_/\_\_\_\_

¿Dónde tuvo su última mamografía? (Nombre y ubicación del lugar) \_\_\_\_\_

¿Está teniendo síntomas en los senos? (ejemplo: masa, secreción y/o dolor)?  Sí  No

¿Tiene implantes de seno?  Sí  No

¿Alguien en su familia ha tenido cáncer de seno?  Sí  No

Si es "sí" circule uno, si responde "otro", por favor especifique: Madre/Hija/Hermana/Otro: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido una resonancia magnética de la mama en los últimos dos meses?  Sí  No Si es

Sí, fecha de MRI \_\_\_\_/\_\_\_\_

**Cervical**

Ha tenido una Papanicolaou  Sí  No En caso afirmativo, previo Papanicolaou fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tenido cáncer invasivo del cuello uterino?  Sí  No Si es Sí explique \_\_\_\_\_

¿Le han hecho una histerectomía? (¿Le han extirpado el útero y el cuello uterino?)  Sí  No

Si es Sí, fecha de la cirugía \_\_\_\_/\_\_\_\_

¿Dónde está recibiendo servicios de atención primaria? \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Actualmente está tomando anticoagulantes?  Sí  No

Necesita una silla de ruedas el día de su cita?  Sí  No

Revisado 07/2019

Encierre en un círculo su preferencia de cita: **lunes a.m./p.m. martes a.m./p.m. miércoles a.m./p.m. jueves a.m./p.m. viernes a.m./p.m.**



**Florida Breast and Cervical Cancer Early Detection Program**

**Self-Declaration Statement - FAX to: 941-554-5512**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **SSN:** \_\_\_\_\_

**Favor de circular su tamaño familiar. Escriba su ingreso familiar mensual o anual. El mismo debe ser igual o menor que la cantidad que aparece en la lista.**

<b>Tamaño Familiar:</b>	<b>DOH Escala de Ingreso Mensual 2019:</b>	<b>Ingreso Familiar Mensual:</b>	<b>DOH Escala de Ingreso Anual 2019:</b>	<b>Ingreso Familiar Anual:</b>
1	\$2,082		\$24,980	
2	\$2,819		\$33,820	
3	\$3,555		\$42,660	
4	\$4,292		\$51,500	
5	\$5,029		\$60,340	
6	\$5,765		\$69,180	
7	\$6,502		\$78,020	
8	\$7,239		\$86,860	
9	\$7,975		\$95,700	
10	\$8,712		\$104,540	

- Yo no tengo Medicaid en este momento**
- Yo no tengo Medicare en este momento**
- Yo no tengo Seguro Medico Privado en este momento**

Certifico que la información que estoy suministrando, es correcta. Autorizo y doy mi consentimiento al Departamento De Salud para que solicite y verifique esta información. Yo entiendo, que si deliberadamente suministro información incorrecta, yo puedo ser legalmente procesada según las leyes del Estado.

Yo entiendo que todas mis pruebas y procedimientos diagnósticos indicados, debo hacerlos en un tiempo de no más de 45 dias o el pago por estos servicios no sera garantizado.

**Firma** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_



# Programa de Detección Temprana de Cáncer de Seno y Cervical de Florida

## Acuerdo anual del solicitante

Lea cada afirmación y firme en la parte inferior de la página.

Declaro que:

1. Quiero ser cliente del Programa de Detección Temprana de Cáncer de Seno y Cervical de Florida (Florida Breast and Cervical Cancer Early Detection Program, FBCCEDP) y puedo abandonarlo en cualquier momento.
2. Mi ingreso familiar anual neto es del 200 % del nivel federal de pobreza o inferior y no tengo un seguro médico que cubra exámenes 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 me inscriba en un seguro médico y les daré el nombre de la compañía de seguros médicos, el número de póliza y la fecha de entrada en vigor. Si mi seguro médico cubre exámenes de detección de cáncer de seno y cervical, FBCCEDP ya no pagará mis exámenes.
5. Revelaré cualquier servicio de detección de cáncer de seno o cervical que pueda afectar mi elegibilidad para 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 los exámenes de detección de cáncer de seno o cervical (examen de seno, mamografía o prueba de Papanicolaou).
8. **Acepto completar cualquier prueba de seguimiento dentro de los 60 días. Si no cumpla estas normas, podría ser responsable de una parte o el total de los gastos de los servicios.**

9. Permitiré que mis proveedores de atención médica, el FBCCEDP, el Registro de Información sobre Cáncer del Departamento de Salud de Florida (Florida Department of Health's Cancer Data Registry), los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades y otros relacionados con mi atención médica intercambien y revelen mi información médica. Esta información podría incluir historial médico y resultados de exámenes y procedimientos, aunque no los haya pagado el FBCCEDP.
10. Acepto recibir llamadas o correo sobre mi atención médica de parte del FBCCEDP y del Programa de Medicaid del Departamento de Niños y Familias (Department of Children and Families, DCF).
11. Entiendo que el FBCCEDP es un programa de **detección** de cáncer de seno y cervical, no un programa de tratamiento de cáncer.
12. Si me diagnostican cáncer de seno o cervical mediante un examen de detección del FBCCEDP, me derivarán al Programa de Medicaid del DCF, que decidirá si soy elegible para que Medicaid cubra los gastos del tratamiento. Puedo volver a presentar una solicitud para exámenes de detección ante el FBCCEDP una vez que haya finalizado el tratamiento.

13. Este acuerdo es para un año, a menos que cambie mi elegibilidad para el programa. Si cambia mi elegibilidad o se vence este acuerdo, es posible que sea responsable de los servicios prestados durante el período de inelegibilidad del FBCCEDP.

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento



**Beth McCabe**  
Senior Human Services Program Specialist

Florida Department of Health  
Florida Breast & Cervical Cancer Early Detection Program  
2200 Ringling Blvd.  
Sarasota, FL 34237

PHONE: 941-861-2676

FAX: 941-554-5512

[Beth.McCabe@flhealth.gov](mailto:Beth.McCabe@flhealth.gov)  
[www.sarasotahealth.org](http://www.sarasotahealth.org)

