



**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: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_

Apellido de Soltera \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Pnone:: \_\_\_\_\_  Cell  Home

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_ Teléfono de Contacto alternativo \_\_\_\_\_

¿Podemos dejar un mensaje en el buzón de mensajes?  Sí  No Etnicidad: Hispana o Latina?  Sí  No

Estatus Residencial u de Ciudadanía (Marque todo lo que corresponda):

Florida residente  Ciudadano de los Estados Unidos  Estado Extranjero

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

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

Estado Civil:  Soltera  Casada  Divorciada  Separada  Viuda

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? \_\_\_\_\_

¿Usted o su esposo ha perdido ingresos recientemente debido a COVID-19?  Sí  No

Historia Médico:

Estatura ( en pies y pulgadas): \_\_\_\_\_ Peso en libras: \_\_\_\_\_

¿Tiene algunas de los siguientes condiciones ? (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

¿ Usted esta recibiendo servicios de atención primaria?  Sí  No Lugar \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Usted necesita silla de ruedas el día de su cita?  Sí  No

**SENOS**

¿Ha tenido cáncer de seno?  Sí  No

¿Se ha 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 Por favor mencione los síntomas:

\_\_\_\_\_ En cual de los senos tiene síntomas? :  Izquierdo  Derecho  Ambos

¿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,

Si, Cuando de MRI \_\_\_\_\_

**CERVICAL**

Ha tenido un Papanicolaou  Sí  No En caso afirmativo, fecha del Papanicolaou \_\_\_\_\_

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

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

Si es Si, fecha de la cirugía: \_\_\_\_\_

¿Usted prefiere sus citas en la mañana o en la tarde? \_\_\_\_\_

¿Que dia de la semana prefiere su citas? \_\_\_\_\_



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

## ELEGIBILIDAD FINANCIERA

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de identificación: \_\_\_\_\_

- ¿Tiene Medicaid?  SÍ  NO   ¿Tiene Medicare?  SÍ  NO
- ¿Tiene otro seguro médico?  SÍ  NO Nombre del seguro \_\_\_\_\_
- Número de personas en su grupo familiar.** \_\_\_\_\_ (inclúyase a usted, cónyuge o compañero de unión civil e hijos dependientes)
- Ingresos netos de su grupo familiar (después de impuestos):** \$ \_\_\_\_\_ mensuales  \$ \_\_\_\_\_ anuales

Tamaño de la familia	2020 Ingresos mensuales según la escala del Departamento de Salud (Department of Health, DOH)	2020 Ingresos anuales según la escala del DOH:
1	\$2,126.58	\$25,519.00
2	\$2,873.25	\$34,479.00
3	\$3,619.92	\$43,439.00
4	\$4,366.58	\$52,399.00
5	\$5,113.25	\$61,359.00
6	\$5,859.92	\$70,319.00
7	\$6,606.58	\$79,279.00
8	\$7,353.25	\$88,239.00
9	\$8,099.92	\$97,199.00
10	\$8,846.58	\$106,159.00

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 FBCCEDP, es mi responsabilidad notificar a la oficina REGIONAL del FBCCEDP lo antes posible.*

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Si tiene alguna pregunta, llame al coordinador regional al 941-861-2928 or 941-861-2676 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.



# 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 (FBCCEDP). El FBCCEDP 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 FBCCED, declaro que:

1. Soy residente de Florida, quiero ser cliente del FBCCEDP 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 FBCCEDP si mis ingresos cambian y superan el 200 % del Nivel federal de pobreza.
  4. Me comunicaré con el FBCCEDP 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 FBCCEDP 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 FBCCEDP.
- 
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 cumplo 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 FBCCEDP, 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 FBCCEDP.
  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 FBCCEDP 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 FBCCEDP 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 FBCCEDP, 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 FBCCEDP 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 FBCCEDP.
  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 FBCCEDP 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 FBCCEDP en:

Regional local de FBCCEDP: Sarasota (Region 9) Teléfono: 941-861-2928 or 941-861-2676

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde

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

Dirección de correo electrónico del cliente: \_\_\_\_\_





# AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

**LA INFORMACIÓN LA PUEDE REVELAR:**

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

Dirección: \_\_\_\_\_

**LA INFORMACIÓN PUEDE REVELARSE A:**

Persona/Centro: Florida Department of Health in Sarasota County Teléfono: 941-861-2676

**MÉTODO DE REVELACIÓN:**

\_\_\_\_\_ Se recoge en la clínica/centro

\_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

X Fax: 941-554-5512

\_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: (Tenga en cuenta que el correo electrónico no es un método seguro de comunicación)

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

- \_\_\_\_\_ Registros médicos generales      \_\_\_\_\_ Registros de enfermedades de transmisión sexual (STD)      \_\_\_\_\_ Registros de tuberculosis (TB)      \_\_\_\_\_ Historial y resultados físicos
- \_\_\_\_\_ Vacunas      \_\_\_\_\_ Planificación familiar      \_\_\_\_\_ Registros prenatales      \_\_\_\_\_ Consultas
- \_\_\_\_\_ Notas de progreso
- \_\_\_\_\_ Informes de pruebas de diagnóstico (especificar el tipo de pruebas) \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Otro: (especificar) \_\_\_\_\_

**Autorizo específicamente la revelación de la información relacionada con: (Selección inicial)**

- \_\_\_\_\_ Resultados de pruebas de VIH      \_\_\_\_\_ Expedientes del cliente del proveedor de servicios por abuso de sustancias
- \_\_\_\_\_ Notas psiquiátricas, psicológicas o psicoterapéuticas      \_\_\_\_\_ Intervención temprana      \_\_\_\_\_ Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños (WIC)

**PROPÓSITO DE LA REVELACIÓN:**

\_\_\_\_\_ Continuidad de la atención      \_\_\_\_\_ Uso personal      \_\_\_\_\_ Otro (especificar) \_\_\_\_\_

**FECHA DE VENCIMIENTO:** Esta autorización vencerá (anotar la fecha o evento) \_\_\_\_\_. Entiendo que, si no especifico una fecha de vencimiento o evento, 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, quien reciba la información puede volver a revelarla, y es posible que esa información ya no esté protegida por las leyes y normativas federales de privacidad.

**CONDICIONES:** Entiendo que completar este formulario de autorización es voluntario. Comprendo que no se me negará el tratamiento si no firmo este formulario.

**REVOCACIÓN:** Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Si revoco esta autorización, comprendo que debo hacerlo por escrito y que debo presentar mi revocación al departamento de registros médicos. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se reveló en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros, Medicaid y Medicare.

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente o su representante legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Relación del representante legal con el cliente

Si usted es el representante legal de la persona cuya información está pidiendo, debe presentar los documentos que prueben su autoridad legal para hacerlo (por ejemplo: poder, formulario de designación de sustituto para decisiones de atención médica, orden, nombramiento de tutela, orden de nombramiento de representante personal, cartas de administración).

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

**NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_