



**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

***¡Complete y devuelva la solicitud completa - cualquier espacio en blanco puede ocasionar un retraso en la programación de su cita. ¡Por favor escriba claramente!!!!***

Tenemos varios proveedores de salud que se utilizan para los exámenes clínicos de mama (CBE) y las pruebas de Papanicolaou. Si no tiene una receta/referido, se debe completar una CBE antes de programar su mamografía. Las pruebas de Papanicolaou se realizan si no se ha hecho una histerectomía y es elegible. Las pruebas de Papanicolaou se realizan cada 3 a 5 años a menos que haya un problema actual.

Indique su preferencia para el día de la semana y el horario para su cita, en la Página de Programación de Citas.

Envíe estas páginas de regreso y programaremos sus citas y le enviaremos un comprobante para llevar con usted. Tenga en cuenta que actualmente estamos procesando una gran cantidad de aplicaciones. Espere **DOS SEMANAS** antes de llamar para preguntar sobre el estado de su solicitud. Nos comunicaremos con usted cuando podamos programar su cita.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con cualquiera de las siguientes personas:

Nikki Robinson	941-861-2721
Beth McCabe	941-861-2676
Jan Chulock	941-861-2928



**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

Nombre y Lugar de la clínica: \_\_\_\_\_

Cliente mayor de 50 registrada para:  Mamografía  Examen Clínico de Mama  Pap (ver requisitos)

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

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

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_, FL Zip: \_\_\_\_\_

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

Teléfono (Hogar): \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

**Estado Civil:**  Soltera  Casada  Divorciada  Separada  Viuda

**Raza:**  Blanca  Negra  Asiática  India Americana  Eskimo  Nativa de Hawái

Isleño Aleutiano  Islas del Pacífico

**Etnicidad:**  Hispana o Latina  Judía

**Primer Lenguaje** (Si es diferente del Inglés): \_\_\_\_\_

¿Le gustaría incluir un contacto alternativo en caso de que no podamos contactarle?  **Sí**  **No**

Nombre: (Ultimo, Primo) \_\_\_\_\_ Relación con usted: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Podemos dejar un mensaje con este contacto alternativo? \_\_\_\_\_

**¿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? \_\_\_\_\_

**Historial Médico:**

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

**Pregunta obligatoria: Consumo de tabaco:**  *Diario*  *Algunos días*  *Nunca*

**\*Referido al programa de Quit Line:**  **Si**  **No**

¿Has tenido cáncer de mama?  **Sí**  **No**

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

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

¿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 la mama? (ejemplo: masa, secreción y/o dolor)?  Sí  No

¿Tiene implantes de seno?  Sí  No

¿Ha tenido una resonancia magnética de la mama en los últimos dos meses?  Sí  No En caso afirmativo, fecha de MRI \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Ha tenido una citología vaginal  Sí  No En caso afirmativo, previo Papanicolau fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_

¿Alguna vez ha tenido cáncer invasivo del cuello uterino?  Sí  No

En caso afirmativo, por favor explique \_\_\_\_\_

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

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

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

¿Actualmente está tomando anticoagulantes?  Sí  No

¿Tiene y/o hace algo lo siguiente? (Por favor marque todos los que apliquen)

Pre-diabetes  Presión Alta  Ejercicio 5 veces por semana  Diabetes  Colesterol alto

Come 5 porciones de frutas/verduras diariamente

Revisado 09/2018

**Tenga en cuenta:** El programa hará todo lo posible para programar su cita en el lugar más cercano a su hogar, en un horario que coincida con sus preferencias. Sin embargo, debido a la disponibilidad limitada, es posible que no podamos atender sus solicitudes. Agradecemos su cooperación y comprensión. Debido al volumen de clientes que esperan servicios, las citas perdidas se reprogramarán a medida que los horarios de citas estén disponibles. Llame a su centro de mamografía con un mínimo de 24 horas de anticipación si no puede asistir a su cita, así como reprogramar su cita al momento de la llamada. Después de reprogramar su cita para la mamografía, llámenos e infórmenos de su nueva fecha y hora de la mamografía para que podamos garantizar que su comprobante sea actualizado.

#### Programación de Citas

Marque la casilla e indique el horario y día de preferencia. Trataremos de acomodarle; sin embargo, las facilidades han establecido horarios de programación.

#### Horario Preferido

- Cualquier hora  Temprano en la mañana  Media mañana  Final de la mañana  Tarde
- Mitad de tarde  Final de la tarde  Anochecer

#### Día de la semana preferido (Marque todas las que aplique)

- Cualquier día  Lunes  Martes  Miércoles  Jueves  Viernes  Sábado, si está disponible

Por favor indique si hay algún día en que usted NO esta disponible. \_\_\_\_\_

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

**\* Si tiene un referido para una mamografía, debe enviarlo con esta aplicación. \***

**\* Asegúrese de haber completado el formulario de Consentimiento Anual de Aplicante.**

**¡NO PODEMOS programar su mamografía sin este formulario! \***



**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 2018:</b>	<b>Ingreso Familiar Mensual:</b>	<b>DOH Escala de Ingreso Anual 2018:</b>	<b>Ingreso Familiar Anual:</b>
1	\$2,024		\$24,280	
2	\$2,744		\$32,920	
3	\$3,464		\$41,560	
4	\$4,184		\$50,520	
5	\$4,904		\$58,840	
6	\$5,624		\$67,480	
7	\$6,344		\$76,120	
8	\$7,064		\$84,760	
9	\$7,784		\$93,400	
10	\$8,504		\$102,040	

- 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 días o el pago por estos servicios no sera garantizado.

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

## Programa de Detección temprana de cáncer de seno y de cuello uterino de Florida

### Acuerdo anual para solicitantes

- Quiero convertirme en cliente del Programa de Detección temprana de cáncer de seno y de cuello uterino de Florida (Florida Breast and Cervical Cancer Early Detection Program, FBCCEDP).
- El estado de la Florida es mi residencia primaria.
- Declaro que el ingreso total anual ajustado de mi hogar se encuentra en un nivel igual o inferior al 200% respecto de las pautas federales de pobreza y que no cuento con ningún seguro de salud que pague los exámenes de detección de cáncer de seno y de cuello uterino.
- Comprendo que ya no soy elegible para FBCCEDP si mi ingreso cambia a más del 200% de las pautas federales de pobreza o si me inscribo en cualquier programa de seguro de salud que proporcione exámenes de detección de cáncer de seno y de cuello uterino.
- Comprendo que es posible que deba compartir el costo de algunos servicios.
- Acepto usar un proveedor autorizado para mis exámenes de detección de cáncer de seno o de cuello uterino (examen de los senos, mamografía o prueba de Papanicolaou) y acepto completar toda prueba de seguimiento dentro de los 60 días.
- Comprendo que el FBCCEDP es un programa de **detección** de cáncer de seno y de cuello uterino, y no un programa de **tratamiento** para el cáncer.
- Si se me diagnostica cáncer de seno o de cuello uterino según los resultados de mis exámenes de detección del FBCCEDP, seré referida al Departamento de Niños y Familias (Department of Children and Families) que determinará si soy elegible para que Medicaid cubra el costo de mi tratamiento. Comprendo que puedo volver a solicitar al FBCCEDP los exámenes de detección después de que se complete el tratamiento inicial.
- Acepto permitir el intercambio y la divulgación de información por medio de fax o correo entre mis proveedores de cuidados de la salud, el Departamento del Programa de Detección Temprana de Cáncer de Seno y de Cuello Uterino de Florida (FBCCEDP), el Departamento de Registros de Datos de Salud del Cáncer de Florida (Florida Department of Health Cancer Data Registry), los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention) y demás personas o entidades relacionadas con el cuidado de mi salud. Dicha información puede incluir historiales médicos, resultados de exámenes, así como pruebas de seguimiento y tratamientos realizados como consecuencia del examen, aun si el FBCCEDP no paga las pruebas o el tratamiento a los que me someta.
- Acepto recibir comunicaciones telefónicas o por correo por parte del personal del FBCCEDP en relación con el cuidado de mi salud.
- Comprendo que este acuerdo es válido durante un año a menos que cambie mi elegibilidad para participar en el programa.
- Comprendo que participar en este programa es mi decisión y que puedo retirarme del mismo en cualquier momento.

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

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

