



**Programa de Detección Temprana de Cáncer
de Mama y Cuello del Útero de Florida
(Florida Breast and Cervical Cancer
Early Detection Program, FBCC)**

PAQUETE DE SOLICITUD

Paciente y sitio web únicamente

Si tiene alguna pregunta, llame al:

Coordinador regional:	
Condados atendidos por región:	
Teléfono: _____	Fax confidencial: _____

**Use la lista de verificación de abajo para asegurarse de que toda la documentación
esté completada y se envíe con esta portada a:**

Oficina regional del FBCC por fax confidencial o enviar por correo a:

Florida Department of Health _____ County
Florida Breast and Cervical Cancer Early Detection Program

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA PACIENTES

☐	Acuerdo anual de la solicitante
☐	Formulario de elegibilidad económica
☐	Formulario de inscripción para pacientes
☐	Inicio de servicios <i>(solo para los Departamentos de Salud del Condado)</i>
☐	Autorización para revelar información confidencial
☐	Orden de mamografía de su proveedor



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

ELEGIBILIDAD FINANCIERA

Nombre del cliente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Número de 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 _____ 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 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).

INFORMACIÓN DE CONTACTO

DIRECCIÓN:	
DIRECCIÓN:	
CIUDAD Y CÓDIGO POSTAL:	
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:	
TELÉFONO PRINCIPAL:	
TELÉFONO ALTERNATIVO:	

MAJOR HORA PARA LLAMARLA:

☐ a. m.	☐ p. m.	☐ A cualquier hora
☐ ¿Podemos dejar un mensaje?		

DÍA/HORA PREFERIDOS PARA LA CITA	
----------------------------------	--

¿CÓMO SUPO DE ESTE PROGRAMA? (Marque todas las que correspondan).

☐ Sociedad Americana contra el Cáncer	☐ Tarjeta
☐ Folleto	☐ Televisión
☐ Departamento de Salud del Condado	☐ Radio
☐ Evento/Feria de salud de la comunidad	☐ Redes sociales
☐ Familia/Amigos	☐ Sesión educativa
☐ Internet/Sitio web	☐ Publicidades/Paradas/Cartel es de autobús
☐ Consultorio médico privado	☐ Vallas publicitarias
☐ Periódico	Nombre de la clínica de salud de la comunidad:
☐ Centro de salud calificado por el gobierno federal	
☐ Otro	

ESTADO DE EXAMEN DE DETECCIÓN (Marque solo una respuesta).

☐ Inicial (primera vez en el programa)	☐ Examen de detección nuevo (previamente en el programa)
☐ Examen de seguimiento de corto plazo o de repetición (menos de 300 días desde el último examen de detección)	

¿Tiene usted seguro médico? ☐ Sí ☐ No

Si respondió "Sí", ¿cuál es su seguro? _____

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

ESTADO DE RESIDENCIA Y CIUDADANÍA (Marque todas las que correspondan).

☐ Residente de Florida	☐ Ciudadana de EE. UU.	☐ Ciudadana en estado legal	☐ Otro
---	---	--	-------------------------------

IDENTIFICACIÓN DE ETNICIDAD Y RAZA (Marque todas las que correspondan).

☐ Hispana/Latina	☐ No hispana/No latina
---	---

IDENTIDAD RACIAL

☐ India americana o nativa de Alaska
☐ Asiática
☐ Negra o afroamericana
☐ Nativa de Hawái o de otra isla del Pacífico
☐ Blanca de una isla

IDIOMAS QUE HABLA

Idioma principal que habla: _____

Otros idiomas hablados: _____

Idioma que prefiere para recibir correo: ☐ Inglés ☐ Español ☐ H. Creole

BARRERAS

¿Hay alguna barrera que le impida asistir a sus citas?

Transporte	Idioma	Discapacidades
Otro (lista)	_____	

FOR OFFICE USE ONLY

Client Assigned ID# or Pseudo SS#: _____



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):

INFORMACIÓN DE EXAMEN DE MAMAS (Marque todas las que 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?

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 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 histerectomía? Especifique si fue parcial o total.
- ☐ Histerectomía parcial (Todavía tengo cuello del útero) ☐ Histerectomía total (no tengo cuello del útero)
- ¿Cuál fue el motivo de la histerectomía?

FOR OFFICE USE ONLY

Client Assigned ID# or Pseudo SS#: _____



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: Department Of Health Sarasota

N.º de teléfono: 941-861-2676

N.º de fax: 941-554-5512

MÉTODO PARA COMPARTIR LA INFORMACIÓN:

_____ Se recoge en la clínica/centro

Dirección: _____

N.º de fax: 941-554-5512

_____ 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: (selección **inicial**)

_____ Expediente médico general, incluyendo expediente de STD y TB _____ Notas de progreso

_____ Historia clínica y resultados físicos _____ Vacunas

_____ Planificación familiar _____ Registros prenatales _____ Consultas

_____ Informes de pruebas diagnósticas (especifique el tipo de prueba) _____

_____ Otro: (Especifique): _____

Autorizo específicamente que se comparta 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

PROPÓSITO DE COMPARTIR LA INFORMACIÓN:

_____ Continuidad de la atención _____ Uso personal _____ Otro (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