

Acuerdo anual para solicitantes

- Acepto 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 derivada a un proveedor a fin de recibir tratamiento para el cáncer. 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





PROGRAMA DE DETECCION TEMPRANA DE CANCER CERVICAL Y SENO DE LA FLORIDA

TODOS LOS ESPACIOS deben ser completados El Departamento de Salud de Florida, le invita a tomar parte Del Programa de Detección Temprana del Cáncer Cervical y Seno de la Florida (FBCCEDP). Si usted cualifica, usted va a recibir el examen de los senos y cervical gratis. Si sus pruebas resultara con alguna anomalía, FBCCP trabajar con su medico Para ayudarle ha obtener prueba adicionales y, Si fuera necesario tratamiento.
* Pudiera ser que usted pagara algunas pruebas si sus resultados fueran anormales y necesitara diagnostico y tratamiento.

INSCRIPCION DE PACIENTE/FORMA DE REFERIDO (PRF)

SIRVIENDO LO SIGUIENTE CONDADOS: Alachua, Bradford, Columbia, Dixie, Gilchrist, Hamilton, Lafayette, Levy, Putnam, Suwanee and Union

IDENTIFICACION/INFORMACION GENERAL

NOMBRE:

APPELLIDO _____ NOMBRE _____ Inicial Segundo Nombre _____

Dirección postal y calle: _____

Dirección Postal: _____

Calle _____ Ciudad _____ ZIP _____ Condado _____

Segunda Dirección

Calle _____ Ciudad _____ ZIP _____ Condado _____

TELEFONO: (_____) _____ - _____

SSN: _____ - _____ - _____

Otro num. De contacto _____

Fecha de nacimiento: _____

USO DE TOBACCO 1) Todos los días 2) Abecés 3) Nunca 4) Negó a contestar la pregunta
Nosotros ofrecemos programa gratis de dejar de fumar. ¿Usted esta interesado en el programa para dejar de fumar?
 SI NO

SCREENING STATUS: __ INITIAL __ RESCREEN __ SHORT INTERVAL FOLLOW-UP (OR REPEAT)

HISTORIAL DE EXAMEN DEL SENO (Marque solamente una de cada categoría)

1. Ha sido usted alguna vez diagnosticado de CANCER? __ SI __ NO
Historia Médica: Si/No? Diagnosticado con Cáncer de Seno: Abuela/Abuelo/Madre/Padre/Tía/Hermana/Hermano?
Cuando fue su ultima MAMMOGRAFIA antes de enlistarse en este programa?
Ultimo MAMMOGRAM (mes _____/ano _____) __ Ninguno __ Insegura (5+ anos)
Donde fue realizado? (**PROVEEDOR**) _____

Estatura: _____ Peso: _____ Presión Arterial: _____ Historia de Hipertensión/ Alta Presión: Si / No?
Diabetes: Si / ¿No? Tipo: _____

HISTORIAL DE EXAMEN CERVICAL

1. Cuando fue su ultimo PAPANICOLAO antes de ser enlistado en este programa? _____ Ninguno _____
Fecha de ultimo PAPANICOLAO (mes _____/ano _____)
Ha tenido una Histerectomía? (Completa / Parcial) Tiene UTERO (SI / NO) ¿Cuándo? _____

DATO DEL PROGRAMA

___ BLANCO
___ ASIATICO
___ OTRO

RAZA – Seleccione todas las que apliquen

___ INDIO AMERICANO OR NATIVO ALASKA
___ NEGRO/AFRICANO AMERICANO
___ NATIVO HAWAIANO O DE ISLAS DEL PACIFIO

LENGUAJE PRIMARIO: Ingles / Español

ETNICIDAD: HISPANICO / LATINO

Voucher Issued _____



Marque si usted esta recibiendo algunos de las siguientes seguros			
Seguro por Desempleo	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
Medicare	<input type="checkbox"/> Part A	<input type="checkbox"/> Part B	Tiene Medicaid <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Tienes algún Seguro de Salud	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	

Cuantos Residen En su Hogar _____
Ingreso mensual _____
Ingreso anual _____
Desempleo _____

Acuerdo Del Cliente

- Yo declare que los ingresos de mi hogar están de acuerdo con los parámetros de FBCCP (200% de los Parámetros).
- Yo entiendo que los servicios de escrutinio de la FBCCP estarán disponibles libre de costo si yo cualifico. Los costos del examen de diagnostico y tratamiento pudieran ser compartidos. Yo entiendo que ninguna prueba es 100% exacta.
- Yo he leído o me ha sido leído la información anterior. Yo estoy de acuerdo que la información provista es correcta.
- Esta certificación es correcta al momento de hacerla. Yo entiendo que el proveedor de servicios pudiera verificar esta información. La verificación pudiera ser hecha mediante llamada telefónica, escrita o por contacto personal y esta verificación no requiere un documento escrito para confirmar lo informado por el cliente o aplicante. Si el proveedor no pudiera verificar pagos de salario o un empleador, no se verificara el salario, la declaración certificada por el aplicarte pudiera ser aceptada como exacta.
- Yo entiendo que los proveedores médicos o trabajadores encargados de mi caso pueden comunicarse conmigo sobre mi participación en este programa y estoy acuerdo que alguien se comunique conmigo por correo o teléfono.
- Yo entiendo que mi proveedor tiene que compartir información con el programa para pago.

Firma de Paciente: _____

Fecha: _____

Nombre: _____

Referido por: _____

POR FAVOR TENGA JUNTO EL ACCUERDO ANUAL FIRMADO Y CON FECHA. ¡Gracias!

Voucher Issued _____