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

TODOS LOS ESPACIOS deben deben ser completadas El Departamento de Salud de Florida, le invita a tomar parte Del Programa de Detección Temprana del Cáncer Cervical y Seno de la Florida (FBCCP). Si usted cualifica, usted va a recibir el examen de los senos y cervical gratis. Si sus pruebas resultara ncon alguna anomalia, 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 MAMOGRAFIA 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) ¿Cuando? _____

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 **ETNICO:** HISPANICO / LATINO

Voucher Issued _____

Marque si usted esta recibiendo alguna de las siguientes

Seguro por Desempleo ☐ Si ☐ No

Medicare ☐ Part A ☐ Part B Tiene Medicaid ☐ Si ☐ No

Tienes algún Seguro de Salud ☐ Si ☐ 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 escrutimo 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: _____

Escriba Nombre: _____

Referido por: _____

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

Voucher Issued _____

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).
- Declaro que el ingreso neto total anual ajustado d mi hogar se encuentra en un nivel igualo inferior al 200% respecto de las pautas federales de pobreza (tal como se indicaen el formulario de declaración de ingresos) y que no cuento con ningún seguro desalud que pague los 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 y/o de cuello uterino (examen de los senos, mamografía y/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.
- 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 mesometa.
- 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 imprenta

_____

Fecha de nacimiento

Revisión: mayo de 2010

AUTORIZACION PARA PROVEER INFORMACION CONFIDENCIAL

ESTA INFORMACION PUEDE SER DISTRIBUIDA POR:

Persona/Institución: _____ **Teléfono** _____

Dirección: _____ **Numero de Fax:**_____

ESTA INFORMACION PUEDE SER DISTRIBBUIDA A:

Persona/Institución: Florida Department of Health in Putnam County/FBCCEDP **Teléfono #:** 386-326-3200

Dirección: 2801 Kennedy St , Palatka, Fl 32177 **Numero de Fax #:** 386-326-3350

Otro método de comunicación: **FBCCED** Program @ Florida Department of Health in Putnam County Direct Line 386-326-3281

INFORMACION A SER DIVULGADA: (ponga sus iniciales en la selección deseada)

_____Historial Clínico General _____ Notas de Progreso _____Historial médico y Resultados de los Exámenes Físicos
_____Vacunaciones _____ Archivos Prenatales _____ Consultas Médicas
_____Informes de Prueba Diagnóstica (Especificar el tipo de prueba) All breast and cervical screening, diagnostics, imaging and labs.
_____Otros: (Especificar) Consent to fax enrollment & results to FBCCEDP/CDC/Florida Department of Health Putnam County and Central Office (Tallahassee, FL)
Consent to contact by phone or email.

Expreso aquí mi consentimiento para dar a conocer información relacionada con: (ponga sus iniciales en la selección deseada)

___ STD ___ VIH/SIDA ___ TBC ___ Drogas/Alcohol ___ Salud Mental ___ WIC (Elegibilidad) ___ Intervención Temprana

PROPOSITO DE LA DIVULGACION:

_____ Continuar tratamiento médico _____ Uso Personal _____ Otro (especificar) Provider reimbursement & Management by FBCCED Program

FECHA DE EXPIRACION: Esta autorización: (ponga fecha o acontecimiento) _____. Yo entiendo que si no especifico fecha de expiración o algún acontecimiento, esta autorización expirará en doce (12) meses a partir de la fecha en que fue firmada.

RE-DIVULGACION: Entiendo que una vez que la información indicada anteriormente es revelada, ésta puede ser divulgada nuevamente por la persona/servicio que la recibió y que dicha información puede no estar protegida por las regulaciones o leyes federales de privacidad.

CONDICIONES: Yo entiendo que el llenar esta autorización es algo totalmente voluntario y me doy cuenta que el tratamiento no me será negado si yo me rehuso firmar este formulario.

ANULACIÓN: Entiendo que tengo el derecho a anular en cualquier momento esta autorización. Yo entiendo que si anulo esta autorización, ésta debe ser por escrito y presentada al departamento de historial clínico. También entiendo que esta anulación no afecta la información que ya se ha dado a conocer como respuesta a esta autorización. Yo entiendo que esta anulación no afecta la información para mi compañía de seguros, Medicaid y Medicare.

_____ _____
Firma del Cliente/Representante Legal Fecha

_____ _____
Escriba su Nombre Relación del Representante Legal con el Cliente

_____ _____
Testigo Fecha

Client Name: _____

ID#: _____

DOB: _____

Form Number: DH 3203S, 4/03
Stock Number: 5744-00S-3203-0

Original to File**, Copy** to Client, **Copy** to accompany disclosure