



Osceola

**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:	Leonor Marrero
Condados atendidos por región:	Osceola County
Teléfono: 407-343-2068	Fax confidencial: 407-343-2158

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
 1875 Fortune Road
 Kissimmee, FL 34743

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA PACIENTES

<input checked="" type="checkbox"/>	Acuerdo anual de la solicitante
<input checked="" type="checkbox"/>	Formulario de elegibilidad económica
<input checked="" type="checkbox"/>	Formulario de inscripción para pacientes
<input type="checkbox"/>	Inicio de servicios <i>(solo para los Departamentos de Salud del Condado)</i> Si aplica.
<input checked="" type="checkbox"/>	Autorización para revelar información confidencial
<input checked="" type="checkbox"/>	Orden de mamografía de su proveedor



Osceola

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:	<input type="text"/>	NOMBRE:	<input type="text"/>	APELLIDO DE SOLTERA:	<input type="text"/>	FECHA DE NACIMIENTO:	<input type="text"/>
------------------	----------------------	----------------	----------------------	-----------------------------	----------------------	-----------------------------	----------------------

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).

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



Formulario de inscripción para pacientes

APELLIDO:	<input type="text"/>	NOMBRE:	<input type="text"/>	APELLIDO DE SOLTERA:	<input type="text"/>	FECHA DE NACIMIENTO:	<input type="text"/>
------------------	----------------------	----------------	----------------------	-----------------------------	----------------------	-----------------------------	----------------------

2. HISTORIA MÉDICA

ESTADO GENERAL DE SALUD (Marque todas las que correspondan).

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Prediabetes |
| <input type="checkbox"/> Presión alta | <input type="checkbox"/> 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).

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diario | <input type="checkbox"/> ¿Le dieron una remisión a Quitline? |
| <input type="checkbox"/> Algunos días | <input type="checkbox"/> Remisión rechazada |
| <input type="checkbox"/> Nunca/En absoluto | <input type="checkbox"/> Estoy interesada en dejar de fumar. |
| <input type="checkbox"/> 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#:



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 (FBCC). El FBCC 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 FBCC, declaro que:

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

Regional local de FBCC: Osceola County Teléfono: 407-343-2068

Firma del cliente _____ Fecha _____

Nombre en letra de molde _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección de correo electrónico del cliente: _____



Florida Breast and Cervical Cancer Early Detection Program (FBCC)

FINANCIAL ELIGIBILITY

Client Name: _____ Date of Birth: _____ ID# _____

- 1. Do you have Medicaid? YES NO **OR** Do you have Medicare? YES NO
- 2. Do you have any form of health insurance? YES NO Name of insurance _____
- 3. **Number of people in your Household.** _____ (include yourself, spouse or civil union partner, and dependent children)
- 4. **Net Household Income (After Taxes):** \$ _____ Month **OR** \$ _____ Year

Family Size	2024 DOH Scale Monthly Income	2024 DOH Scale Yearly Income
1	\$2,509.91	\$30,119.00
2	\$3,406.58	\$40,879.00
3	\$4,303.25	\$51,639.00
4	\$5,199.91	\$62,399.00
5	\$6,096.58	\$73,159.00
6	\$6,993.25	\$83,919.00
7	\$7,889.91	\$94,679.00
8	\$8,786.58	\$105,439.00
9	\$9,683.25	\$116,199.00
10	\$10,579.91	\$126,959.00

I certify that the above information is correct to the best of my knowledge and belief. I give my consent to the Department of Health to make inquiry and verify the information. I understand that I may be prosecuted under state law, if I have deliberately supplied the wrong information.

NOTE:

If I obtain health insurance coverage, while under the FBCC, it is my responsibility to notify the REGIONAL FBCC office as soon as possible.

Signature _____

Date _____

If you have any questions, please call the regional coordinator at 407-343-2068 between 8:00 a.m. and 5:00 p.m., Monday through Friday. We will make every effort to return your call in a timely manner.

I further understand that all my screening and diagnostic procedures must be completed within 60 days or payment for these services CANNOT be guaranteed.



AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

LA INFORMACIÓN LA PUEDE REVELAR:

Persona/Centro: Programa de Detección Temprana de Cáncer de Seno y Cérvico en el Condado de Osceola Teléfono: 407-343-2068
Dirección: 1875 Fortune Road Kissimmee, FL 34744 Fax #: 407-343-2158

LA INFORMACIÓN PUEDE REVELARSE A:

Persona/Centro: _____ Teléfono: _____

MÉTODO DE REVELACIÓN:

Se recoge en la clínica/centro
 Dirección: _____
 Fax: _____
 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.

x
Firma del cliente o su representante legal

x
Nombre en letra de molde

x
Fecha

x
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: _____