Programa de Detección Temprana de Cáncer Cervical y de Mama de la Florida

Paquete de Información del Cliente

Para preguntas sobre el paquete, por favor llame a:

Aiyanna Fleming, Coordinador Regional

Programa de Detección Temprana de Cáncer Cervical y de Mama de La Florida

Teléfono: (850) 404-6404

Traductores están disponibles para su conveniencia.

Programa de Detección Temprana de Cáncer de Seno y Cervical de Florida

Acuerdo anual del solicitante

Lea cada afirmación y firme en la parte inferior de la página.

Declaro que:

1. Quiero ser cliente del Programa de Detección Temprana de Cáncer de Seno y Cervical de Florida (Florida Breast and Cervical Cancer Early Detection Program, FBCCEDP) y puedo abandonarlo en cualquier momento.
2. Mi ingreso familiar anual neto es del 200 % del nivel federal de pobreza o inferior y no tengo un seguro médico que cubra exámenes de detección de cáncer de seno y cervical.
3. Ya no seré elegible para el FBCCEDP si mis ingresos cambian y superan el 200 % del nivel federal de pobreza.
4. Me comunicaré con el FBCCEDP en cuanto me inscriba en un seguro médico y les daré el nombre de la compañía de seguros médicos, el número de póliza y la fecha de entrada en vigor. Si mi seguro médico cubre exámenes de detección de cáncer de seno y cervical, FBCCEDP ya no pagará mis exámenes.
5. Revelaré cualquier servicio de detección de cáncer de seno o cervical que pueda afectar mi elegibilidad para la inscripción en el FBCCEDP.

---

6. Es posible que tenga que pagar una parte de los gastos de algunos servicios.
7. Un proveedor autorizado me hará los exámenes de detección de cáncer de seno o cervical (examen de seno, mamografía o prueba de Papanicolaou).
8. **Acepto completar cualquier prueba de seguimiento dentro de los 60 días. Si no cumplo estas normas, podría ser responsable de una parte o el total de los gastos de los servicios.**

---

9. Permitiré que mis proveedores de atención médica, el FBCCEDP, el Registro de Información sobre Cáncer del Departamento de Salud de Florida (Florida Department of Health's Cancer Data Registry), los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades y otros relacionados con mi atención médica intercambien y revelen mi información médica. Esta información podría incluir historial médico y resultados de exámenes y procedimientos, aunque no los haya pagado el FBCCEDP.
10. Acepto recibir llamadas o correo sobre mi atención médica de parte del FBCCEDP y del Programa de Medicaid del Departamento de Niños y Familias (Department of Children and Families, DCF).
11. Entiendo que el FBCCEDP es un programa de **detección** de cáncer de seno y cervical, no un programa de tratamiento de cáncer.
12. Si me diagnostican cáncer de seno o cervical mediante un examen de detección del FBCCEDP, me derivarán al Programa de Medicaid del DCF, que decidirá si soy elegible para que Medicaid cubra los gastos del tratamiento. Puedo volver a presentar una solicitud para exámenes de detección ante el FBCCEDP una vez que haya finalizado el tratamiento.

---

13. Este acuerdo es para **un** año, a menos que cambie mi elegibilidad para el programa. Si cambia mi elegibilidad o se vence este acuerdo, es posible que sea responsable de los servicios prestados durante el período de inelegibilidad del FBCCEDP.

Firma del cliente	Fecha
Nombre en letra de imprenta	Fecha de nacimiento

Florida HEALTH

Nombre: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **Seguro Social:** _____

Dirección: _____

Calle **Ciudad, FL** **Código Postal**

Número de Teléfono: _____ _____

Casa **Trabajo/Celular**

El Departamento de Salud te invita a tomar parte en el **Programa de Detección Temprana de Cáncer de Seno y de Cuello Uterino de Florida (FBCCEDP). Si califica,** usted recibirá sus exámenes de cancer de mama y cervicouterino gratis. Si sus resultados no son normales, FBCCEDP trabajará con sus proveedores para ayudarle obtener examenes adicionales si es necesario.

**Puede haber algún costo para algunos exámenes si usted tiene resultados anormales y necesita diagnósticos o tratamientos.*

Ingresos/Información de Seguro/Compruebe si está recibiendo **cualquiera** de los siguientes *(Por favor marque **todos** los que apliquen.)*:

Seguro de desempleo **Si** ☐ **No** ☐

Medicare **Parte A** ☐ **Parte B** ☐ **Usted tiene Medicaid** **Si** ☐ **No** ☐

Usted tiene seguro de salud **Si** ☐ **No** ☐

En caso afirmativo, explíquelo por favor:_____

Acuerdo de Cliente:

- Declaro que los ingresos de mi hogar están dentro de las indicaciones de FBCCEDP enumerados a continuación.
- Entiendo que los exámenes de diagnostico del FBCCEDP no son 100% exactos y estarán disponibles para mí sin costo si califico.
- Entiendo que todos mis exámenes y exámenes de diagnóstico o tratamientos pueden tener una parte del costo en que soy responsable y deben completarse dentro de 45 días o el pago por estos servicios no puede ser garantizado.
- **He leído o me han leído lo anterior.** Estoy de acuerdo en que la información que he previsto es **correcta.**
- Certifico que la información anterior es correcta a mi mejor saber y entender en el momento en que fue hecha. Entiendo que el proveedor puede verificar la declaración por medio de un teléfono seguro, por escrito o por contacto personal. Si el proveedor no puede verificar el salario pagado, la declaración de auto declaración firmada proporcionada por el solicitante debe ser aceptada como exacta.

Household/Family size:	2019 DOH Scale for Monthly Income	2019 DOH Scale for Yearly Income:
1	$1,873.50 - $2,081.58	$22,482 - $24,979
2	$2,536.50 - $2,818.25	$30,438 - $33,819
3	$3,199.50 - $3,554.92	$38,394 - $42,659
4	$3,862.50 - $4,291.58	$46,350 - $51,499
5	$4,525.50 - $5,028.25	$54,306 - $60,339
6	$5,188.50 - $5,764.92	$62,262 - $69,179
7	$5,851.50 - $6,501.58	$70,218 - $78,019
8	$6,514.50 - $7,238.25	$78,174 - $86,859
9	$7,177.50 - $7,974.92	$86,130 - $95,699
10	$7,840.50 - $8,711.58	$94,086 - $104,539

- **Autorizo** al Departamento de Salud del Condado de León a dar mi información médica a los Socios de Salud Comunitaria con permiso para enviar fax y / o contactar al cliente si es necesario.

_____ _____

Firma de Cliente **Fecha**

Efectivo 01/29/2019

Programa de Detección Temprana de Cáncer Cervical y de Mama de la Florida
HOJA DE INSCRIPCIÓN DEL CLIENTE

A. IDENTIFICACIÓN/INFORMACIÓN GENERAL

NOMBRE:

_____

Apellido Nombre Inicial de su segundo nombre

DIRECCIÓN POSTAL:

_____

Calle Ciudad Código Postal Condado

Número de teléfono: (_____)_____-_____ Seguro Social: _____-_____-_____

Otro número de teléfono: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

RAZA – Elija TODO lo que le aplique (**Debes elegir por lo menos una opción**):
__ BLANCA __ HAWAIANA o ISLEÑA DEL PACÍFICO __AFROAMERICANA/NEGRA
__ ASIÁTICA __INDIA AMERICANA o NATIVA DE ALASKA __NO LO SÉ

B.

¿Tiene prueba que es una ciudadana estadounidense o no ciudadana en situación legal? ____ SI ____ NO
¿Eres hispana o latina? __ SI __ NO __ NO LO SÉ
¿Cuál es su primer idioma? _____
¿Habla otro idioma? __SI ___NO ¿Cuál?: _____

ESTADO CIVIL: __SOLTERA __CASADA __ DIVORCIADA __SEPARADA __VIUDA

ESTADO DE DETECCIÓN: ¿Ha participado en este programa? ___SI ___NO ___ NO LO SÉ

SEGURO MÉDICO: __ NINGUNO, __ MEDICARE (A__ o B __), ___ MEDICAID, __ HMO, __ PRIVADO
INGRESOS: Número de personas en su hogar: _____ Ingreso mensual neto**:** _____

¿CÓMO SE ENTERÓ DE NUESTRO PROGRAMA? (Elija todo lo que aplique)
__ ACS Local __ Folleto __ Departamento de Salud del Condado (CHD) __ Comunidad __ Familia/Amigo
__ Internet __ Periódico __ Tarjeta Postal __Anuncio en una parada de autobús
__ Oficina Medica (**especifica el nombre de la oficina o del proveedor clínico**): _____

C. HISTORIAL DE EXAMEN DE SENO (Elija uno por cada categoría)

1. ¿Alguna vez le han diagnosticado **cáncer de mama**?
   __ SI, ¿Fecha_____? __NO ___ NO LO SÉ
2. **¿Tiene antecedentes familiares de cáncer de mama?**
   __ SI ___ NO ___ NO LO SÉ
3. **¿Cuándo fue su última MAMOGRAFÍA antes de inscribirse en este programa?**
   __ Última MAMOGRAFÍA (mes_____/año_____)
   ¿Dónde fue realizado el examen? _____
   __ NUNCA ___ NO LO SÉ

D. HISTORIAL DE EXAMEN CERVICAL

1. ¿Alguna vez ha tenido cáncer cervical invasivo? __ SI __ NO en caso afirmativo, ¿cuándo_____?
2. **¿Cuándo fue su último PAPANICOLAU antes de inscribirse en este programa?**
   __ FECHA de último PAPANICOLAU (mes_____/año_____)
   __ NUNCA ___ NO LO SÉ
3. ¿Ha tenido una HISTERECTOMÍA? (No cuello uterino) ___SI ___NO