



# 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:

Monique Coleman, Coordinador Regional

Teléfono: (850) 404-6404

El Fax: (850) 412-2205

Traductores están disponibles para su conveniencia.



# Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama y Cervical de Florida (FBCCEDP)

## ELEGIBILIDAD FINANCIERA

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de identificación: \_\_\_\_\_

- ¿Tiene Medicaid?  SÍ  NO  O ¿Tiene Medicare?  SÍ  NO
- ¿Tiene otro seguro médico?  SÍ  NO Nombre del seguro \_\_\_\_\_
- Número de personas en su grupo familiar.** \_\_\_\_\_ (inclúyase a usted, cónyuge o compañero de unión civil e hijos dependientes)
- Ingresos netos de su grupo familiar (después de impuestos):** \$ \_\_\_\_\_ mensuales  O \$ \_\_\_\_\_ anuales

Tamaño de la familia	2021 Ingresos mensuales según la escala del Departamento de Salud	2021 Ingresos anuales según la escala del Departamento de Salud
1	\$2,146.58	\$25,759.00
2	\$2,903.25	\$34,839.00
3	\$3,659.91	\$43,919.00
4	\$4,416.58	\$52,999.00
5	\$5,173.25	\$62,079.00
6	\$5,929.91	\$71,159.00
7	\$6,686.58	\$80,239.00
8	\$7,443.25	\$89,319.00
9	\$8,199.91	\$98,399.00
10	\$8,956.58	\$107,479.00

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 FBCCEDP, es mi responsabilidad notificar a la oficina REGIONAL del FBCCEDP 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 Cervical y de Mama de la  
Florida  
HOJA DE INSCRIPCIÓN DEL CLIENTE**

**A. IDENTIFICACIÓN/INFORMACIÓN GENERAL**

**NOMBRE:**

\_\_\_\_\_

Apellido	Nombre	Inicial de su segundo nombre
----------	--------	------------------------------

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Otro número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN POSTAL:**

\_\_\_\_\_

Calle	Ciudad	Código Postal	Condado
-------	--------	---------------	---------

**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  OTRA

**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? \_\_\_\_\_

**ESTADO DE DETECCIÓN:** ¿Ha participado en este programa?  SI  NO  NO LO SÉ

**¿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 SEÑO** (Elija uno por cada categoría)

1. ¿Alguna vez le han diagnosticado **cáncer de mama**?  
 SI, ¿Fecha (año) \_\_\_\_\_?  NO
2. ¿Tiene **antecedentes familiares de cáncer de mama**?  
 SI En caso afirmativo, ¿Quién \_\_\_\_\_?  NO
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 (año) \_\_\_\_\_?
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  
 Motivo de la histerectomía: \_\_\_\_\_



## 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 cumpla 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