



Formulario de Elegibilidad e Inscripción para la Detección de Cáncer de Seno y Cuello Uterino del MCCP



Información de contacto:

Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: ____ Apellido(s): _____
 Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Número de Seguro Social (SSN): _____
 Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Estado y Código Postal (ZIP): _____
 Correo electrónico: _____ De casa: _____ Celular: _____
 Otros nombres usados: _____ Ingreso bruto: _____ N.º de miembros en el hogar: _____

Raza y etnicidad: Marque todas las que correspondan

Blanca Indígena americano o nativo de Alaska Negra o afroamericana
 Asiática Nativa de Hawái o de otra isla del Pacífico Desconocida
 ¿Es usted hispana o latina? Sí No Prefiero no responder

Cobertura de atención médica:

Medicare Part B: Sí No Medicaid: Sí No
 Private Insurance: Sí No Nombre de la compañía: _____ Deducible o copago: _____

Antecedentes médicos:

¿Tiene problemas en los senos (mamas) actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Se ha hecho alguna vez una mamografía? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha de la última mamografía: _____ ¿Tiene implantes de seno? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Tiene antecedentes familiares de cáncer de seno? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocida	¿Se ha hecho alguna vez la prueba de Papanicolaou? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha de la última prueba de Papanicolaou: _____ ¿Le han hecho una histerectomía? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocida Si le hicieron una histerectomía, ¿se debió al cáncer de cuello uterino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocida Si le hicieron una histerectomía, ¿todavía conserva el cuello uterino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocida
---	--

Cómo se enteró de nosotros? Marque todas las que correspondan

<input type="checkbox"/> Televisión	<input type="checkbox"/> Presentación	<input type="checkbox"/> Periódicos / Boletines informativos
<input type="checkbox"/> Radio	<input type="checkbox"/> Periódicos / Boletines informativos	<input type="checkbox"/> Feria de empleo, de salud o Pow Wow
<input type="checkbox"/> Internet	<input type="checkbox"/> Oficina gubernamental	<input type="checkbox"/> Recomendación de boca en boca
<input type="checkbox"/> MAIWHC	<input type="checkbox"/> Inscrita anteriormente	<input type="checkbox"/> Promoción especial / Anuncio publicitario
<input type="checkbox"/> Proveedor médico	<input type="checkbox"/> Otro	

¿Existe alguna circunstancia que pueda impedirle asistir a sus servicios de detección de cáncer?

Por favor, lea y firme el Consentimiento Informado y la Autorización para Divulgar Información de Atención Médica en la siguiente página.



Por favor, Lea y firme a *abajo*



Consentimiento Informado y Autorización para Divulgar Información de Atención Médica

El Programa de Control del Cáncer de Montana (MCCP) recibe fondos de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) para proporcionar servicios de detección de cáncer de seno (mama) y de cuello uterino a mujeres que cumplen con los requisitos de edad e ingresos. Cada vez que una mujer se somete a una prueba de detección de cáncer de seno, puede recibir un examen clínico de los senos y una radiografía de los senos llamada mamografía. Para la detección del cáncer de cuello uterino, puede recibir una prueba de Papanicolaou y/o una prueba del virus del papiloma humano (VPH). Si alguno de los resultados de las pruebas iniciales de cáncer de seno o de cuello uterino es anormal, es posible que se requieran pruebas de diagnóstico adicionales, las cuales pueden incluir una mamografía de diagnóstico, un ultrasonido y/o una biopsia del tejido mamario o del cuello uterino. El MCCP proporcionará servicios de navegación de pacientes que le ayudarán a completar todas las pruebas de diagnóstico y a encontrar recursos que puedan ser de ayuda para su tratamiento (si es necesario). Al inscribirse en el MCCP, usted acepta la responsabilidad de asistir a sus citas y completar todas las pruebas de detección y diagnóstico recomendadas por su proveedor médico.

Servicios no cubiertos

El MCCP solo proporciona servicios para la detección del cáncer de seno y de cuello uterino, así como pruebas de diagnóstico limitadas. El programa no cubre servicios para otras afecciones de salud, algunos servicios de diagnóstico específicos ni el tratamiento del cáncer. Si necesito servicios que no están cubiertos, el personal del MCCP me remitirá a agencias que puedan ayudar a proporcionar el tratamiento. Entiendo que se me podrían cobrar los servicios que no estén cubiertos por el MCCP. Entiendo que si tengo Medicare Parte B o Medicaid, no soy elegible para recibir asistencia financiera.

Información de seguros

Entiendo que si cumpla con los requisitos de elegibilidad para el MCCP y tengo cobertura de seguro (que no sea Medicare Parte B o Medicaid), aún puedo ser elegible para participar. Sin embargo, primero se le cobrará a mi seguro por los servicios de detección de cáncer. Si mi seguro no reembolsa la totalidad de los servicios hasta la tarifa máxima de reembolso permitida por Medicare, el MCCP pagará el saldo pendiente hasta alcanzar dicha tarifa máxima permitida por Medicare.

Confidencialidad

Toda la información que proporcione será confidencial, lo que significa que solo estará disponible para mí, mi proveedor de atención médica y el personal del MCCP. Por "personal del MCCP" se entiende aquel personal del Departamento de Salud Pública y Servicios Humanos de Montana, el sitio administrativo, las organizaciones tribales y las Unidades del Servicio de Salud Indígena (IHS) que estén específicamente designados para trabajar en el MCCP. Los informes del programa incluirán información sobre grupos de clientes y no identificarán a ninguna cliente por su nombre o afiliación tribal.

Autorización para divulgar información de atención médica

oy mi consentimiento y autorizo el intercambio mutuo de registros de detección y diagnóstico entre el personal del MCCP, mi(s) proveedor(es) de atención médica y el centro de radiología donde se realice mi mamografía, con respecto a los servicios relacionados con el MCCP que reciba hasta seis meses después de la fecha indicada a continuación. Esta autorización vence treinta (30) meses después de la fecha de mi firma a continuación..

He leído la información provista en este documento, he analizado esta y otra información sobre el MCCP y acepto participar en el programa. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el MCCP y he recibido respuestas a todas mis dudas. Toda la información que he proporcionado al MCCP, incluyendo los beneficios financieros y de seguros, es verdadera según mi leal saber y entender. Entiendo que mi participación es voluntaria y que puedo salirme del MCCP en cualquier momento.

Nombre completo en letra de molde _____ Fecha _____

Firma de la cliente _____