



**Formulario de elegibilidad
para una revisión de cáncer de mama
(seno) or cervical (cuello uterino)**



¿Cuántos años tiene?		Ingresos de la familia ántes de impuestos		¿Cuantas personas viven en la casa?	
Apellido		Primer Nombre	Inicial de su segundo nombre:		Otro apellido que ha usado
Fecha de nacimiento		Número de Seguro Social			
Dirección de Correo		Ciudad	Estado	Código postal	Condado
Número de Teléfono (¿se puede dejar mensaje sobre elegibilidad/citas en este teléfono?) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
Teléfono de su casa ()		Numero celular ()		Correo electrónico _____	
Antecedente Étnico ¿Es usted Latino/a? (Hispano/a ó Latino/a) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé			Raza que mejor le describe <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indio Americano ó Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro o Africano Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hawaiano ó del Pacífico <input type="checkbox"/> u otro no conocido		
Cubrimiento de Salud					
¿Tiene usted Medicare parte B? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		¿Tiene usted Medicaid? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
¿Tiene usted seguro de salud? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
Si tiene, ¿cuál es el nombre de la compañía de seguro _____					
¿Cuál es la cantidad de su deducible _____					
¿Ha sido usted referido al seguro de salud del Mercado/Marketplace ó para ampliar su Plan de Medicaid? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
Fecha referido _____					
Antecedentes médicos					
¿Está teniendo problemas con sus senos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		¿Se ha hecho usted la Prueba del Papanicolaou? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé			
¿Se ha hecho usted una mamografía? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Fecha del Papanicolau? _____			
Fecha de la mamografía _____		¿Se ha hecho usted una histerectomía? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé			
¿Tiene usted implantes de senos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		¿Si es si, fue hecho por un cancer del cuello uterino? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé			
¿Tiene usted ó alguien de su familia antecedentes del cáncer de mama? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé		¿Si es si, todavía tiene el cuello uterino? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé			
Dejar el tabaco			MT Línea para dejar de fumar 1-800-784-8669		
¿Usa usted tabaco? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
<input type="checkbox"/> Sí, estoy listo/a para dejar de fumar y pedir ayuda a un especialista y que me llame.					
<input type="checkbox"/> Soy consciente de que mi proveedor de salud se informará sobre mi participación.					
Si es si, favor de firmar el documento llamado "MT Tobacco Quit Line Patient Fax Referral Form Authorization" para dar información sobre el uso de su información personal (Consent Authorization Disclosure Health Care Information Page).					
<input type="checkbox"/> Sí, pero no quiero que me llame un especialista.					
Favor de continuar en la próxima página					



Favor de leer y firmar



Consentimiento informado y autorización para dar información sobre el cuidado de su salud

Los programas de control de cáncer de Montana (MCCP) reciben fondos del Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) para proporcionar servicios para las mujeres que son residentes de Montana que son elegibles basado en sus ingresos y edad. Mujeres pueden ser examinadas para el cáncer de mama y del cuello uterino a través de este programa. Cada vez que un cliente se analiza para detectar el cáncer de mama, puede recibir un examen de los senos y una mamografía. Para el cáncer del cuello uterino, un cliente puede recibir un examen pélvico y una prueba de Papanicolaou, si alguna de las pruebas iniciales son anormales, más pruebas de diagnóstico puede ser necesarias. Puede incluir una mamografía de diagnóstico, la ecografía, y/o la biopsia de la mama ó tejido cervical. MCCP proporcionará servicios de navegación al paciente que le ayudarán a completar todas las pruebas de diagnóstico y encontrar recursos que puedan ayudar en el tratamiento si es necesario. Al inscribirse en el MCCP usted está aceptando la responsabilidad de mantener las citas y completar todas las pruebas de diagnóstico que sean recomendado por su proveedor médico.

Los servicios no cubiertos

El MCCP sólo proporciona servicios de mama y detección de cáncer cervical y pruebas diagnósticas limitadas. El programa no cubre servicios para otras condiciones de salud, algunos servicios de diagnóstico, ó el tratamiento del cáncer. Si necesita servicios que no están cubiertos, MCCP le referirá a las agencias que puedan ayudar a pagar por estos servicios. Entiendo que se me puede cobrar por servicios no cubiertos por el MCCP.

Información del seguro

Yo entiendo que he cumplido con los lineamientos de legalidad para el MCCP. Puede que tenga cobertura de seguro y todavía ser elegible para participar. Sin embargo, mi seguro será facturado primero por los servicios de detección de cáncer. Si los servicios no son totalmente reembolsados por mi seguro, el MCCP pagará el saldo pendiente de pago hasta llegar al balance mínimo del reembolso de Medicare.

Confidencialidad

Cualquier información proporcionada por mí será confidencial, lo cual significa que la información estará disponible para mi proveedor de salud y el personal de MCCP. El personal de MCCP incluye el sitio administrativo, el Departamento de Salud Pública y Servicios Humanos, y las organizaciones tribales del Servicio de Salud de Indígenas y sus unidades que han sido designadas a trabajar con MCCP. Los informes del programa incluirán información sobre los grupos de clientes y no identificarán a ningún cliente por nombre ó afiliación tribal.

Montana Tobacco Quit Line autorización para compartir el formulario de referencia

Sí, estoy listo/a para dejar de fumar y pedir ayuda a un especialista y que me llame. Entiendo que Montana Tobacco Quit Line informará a mi proveedor de salud acerca de mi participación.

Firma del cliente: _____

Favor de continuar en la próxima página





Favor de leer y firmar



Autorización para dar información sobre el cuidado de salud

Doy mi consentimiento y autorizo el intercambio mutuo de registros de detección y diagnósticos entre el personal de MCCP, mi proveedor de salud, el laboratorio que lea mi prueba de Papanicolaou, y el servicio de radiología donde mi mamografía se realice con respecto a los servicios relacionados con MCCP que he recibido hasta seis meses después de la fecha indicada a continuación. Esta autorización expira treinta meses después de la fecha en que se firme este documento.

He leído la información proporcionada en este documento, debatido esta y otra información sobre el MCCP y estoy de acuerdo en participar en el programa. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el MCCP y he recibido respuestas a cualquier pregunta que tenía. Toda la información, incluyendo finanzas y beneficios de seguro que he proporcionado a el MCCP es cierta a lo mejor de mi conocimiento. Yo entiendo que mi participación es voluntaria y que puedo abandonar el MCCP en cualquier momento.

Firma del cliente: _____

Fecha: _____

Nombre Completo: _____