



Putnam

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:	Rita J. Cianfrocco, Regional Program Manager, Patient Navigator
Condados atendidos por región:	Putnam-Alachua, Bradford, Columbia, Dixie, Gilchrist, Hamilton, Lafayette, Levy, Suwannee and Union.
Teléfono: (386) 326-3281 or 3220	Fax confidencial: (386) 643-6677
<p>Use la lista de verificación de abajo para asegurarse de que toda la documentación esté completada y se envíe con esta portada a:</p> <p>Putnam Oficina regional del FBCC por fax confidencial o enviar por correo a:</p> <p>Florida Department of Health Putnam County Florida Breast and Cervical Cancer Early Detection Program 2801 Kennedy Street Palatka, FL 32177</p>	
LISTA DE VERIFICACIÓN PARA PACIENTES	
<input type="checkbox"/>	Acuerdo anual de la solicitante
<input type="checkbox"/>	Formulario de elegibilidad económica
<input type="checkbox"/>	Formulario de inscripción para pacientes
<input type="checkbox"/>	Inicio de servicios <i>(solo para los Departamentos de Salud del Condado)</i>
<input type="checkbox"/>	Autorización para revelar información confidencial
<input type="checkbox"/>	Orden de mamografía de su proveedor



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: Rita J. Cianfrocco Teléfono: 386-326-3281 or 3220.

Firma del cliente

Fecha

Nombre en letra de molde

Fecha de nacimiento

Dirección de correo electrónico del cliente: _____



Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama y Cervical de Florida (FBCC)

ELEGIBILIDAD FINANCIERA

Nombre del cliente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Número de identificación: _____

1. ¿Tiene Medicaid? sí NO o ¿Tiene Medicare? sí NO
2. ¿Tiene otro seguro médico? sí NO Nombre del seguro _____
3. **Número de personas en sugrupo familiar.** _____ (inclúyase a usted, cónyuge o compañero de unión civil e hijos dependientes)
4. **Ingresos netos de su grupo familiar (después de impuestos):** \$ _____ mensuales \$ _____ anuales

Tamaño de la familia	2023 Ingresos mensuales según la escala del Departamento de Salud	2023 Ingresos anuales según la escala del Departamento de Salud
1	\$2,429.91	\$29,159.00
2	\$3,286.58	\$39,439.00
3	\$4,143.25	\$49,719.00
4	\$4,999.91	\$59,999.00
5	\$5,856.58	\$70,279.00
6	\$6,713.25	\$80,559.00
7	\$7,569.91	\$90,839.00
8	\$8,426.58	\$101,119.00
9	\$9,283.25	\$111,399.00
10	\$10,139.91	\$121,679.00

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 FBCC, es mi responsabilidad notificar a la oficina REGIONAL del FBCC lo antes posible.

Firma _____

Fecha _____

Si tiene alguna pregunta, llame al coordinador regional a Rita J. Cianfrocco 386-326-3281 or 3220 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.



FLORIDA HEALTH

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

Form fields for APELLIDO, NOMBRE, APELLIDO DE SOLTERA, and FECHA DE NACIMIENTO.

1. INFORMACIÓN DE LA SOLICITANTE (Complete todas las secciones de esta solicitud).

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Contact information fields: DIRECCIÓN, CIUDAD Y CÓDIGO POSTAL, DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO, TELÉFONO PRINCIPAL, TELÉFONO ALTERNATIVO.

MAJOR HORA PARA LLAMARLA:

Time preference options: 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).

Discovery methods checklist: Sociedad Americana contra el Cáncer, Folleto, Departamento de Salud del Condado, Evento/Feria de salud de la comunidad, Familia/Amigos, Internet/Sitio web, Consultorio médico privado, Periódico, Centro de salud calificado por el gobierno federal, Otro, Tarjeta, Televisión, Radio, Redes sociales, Sesión educativa, Publicidades/Paradas/Cartel es de autobús, Vallas publicitarias, Nombre de la clínica de salud de la comunidad.

Resident's County _____

ESTADO DE EXAMEN DE DETECCIÓN (Marque solo una respuesta).

Exam status options: 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?, Si respondió "Si", ¿cuál es su seguro?

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

ESTADO DE RESIDENCIA Y CIUDADANÍA (Marque todas las que correspondan).

Residence and citizenship options: Residente de Florida, Ciudadana de EE. UU., Ciudadana en estado legal, Otro.

IDENTIFICACIÓN DE ETNICIDAD Y RAZA (Marque todas las que correspondan).

Ethnicity and race options: Hispana/Latina, No hispana/No latina.

IDENTIDAD RACIAL

Race identity options: 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

Language spoken options: Idioma principal que habla, Otros idiomas hablados, Idioma que prefiere para recibir correo: Inglés, Español, H. Creole.

BARRERAS

Barriers options: ¿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#: _____



Select CHD

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"/>
-----------	----------------------	---------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

2. HISTORIA MÉDICA

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

- Diabetes
- Prediabetes
- Presión alta
- 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).

- Diario
- Algunos días
- Nunca/En absoluto
- Se niega a contestar
- ¿Le dieron una remisión a Quitline?
- Remisión rechazada
- Estoy interesada en dejar de fumar.

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#:



AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

LA INFORMACIÓN LA PUEDE REVELAR:

Persona/Centro: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

LA INFORMACIÓN PUEDE REVELARSE A:

Persona/Centro: Rita J. Cianfrocco, BCC Regional Program Manager Teléfono: 386-326-3281

MÉTODO DE REVELACIÓN:

Se recoge en la clínica/centro

Dirección: DOH-Putnam County, 2801 Kennedy Street, Palatka, FL 32177

Fax: 386-643-6677 Secure Fax

Dirección de correo electrónico: (Tenga en cuenta que el correo electrónico no es un método seguro de comunicación)

Rita.Cianfrocco@flhealth.gov | Do Not Email Sensitive Information

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) All breast and cervical screenings, diagnostics, imaging and labs.

Otro: (especificar) FBCC/CDC/Florida Department of Health in Putnam County and Central Office, Tallahassee, FL| Consent to Contact by phone or email.

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) Provider Reimbursement and Management by FBCC Program.

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.

Firma del cliente o su representante legal

Fecha

Nombre en letra de molde

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: _____

Original: para archivo **Copia:** para cliente **Copia:** Para adjuntar a la Revelación

I. Información sobre el proveedor (Obligatoria) *El proveedor llena esta sección. Ver ejemplos al reverso.*

<input type="checkbox"/> HOSPITAL	<input checked="" type="checkbox"/> NO HOSPITAL
Sistema de salud: _____	Sistema de salud: FDOH-Putnam County
Nombre del hospital: _____	Clínica/Agencia: FBCCEDP
Departamento: _____	Dept./Ubicación: Palatka, FL
Nombre del proveedor: _____	Nombre del proveedor: _____
Persona principal de contacto: Rita J. Cianfrocco	Email: Rita.Cianfrocco@flhealth.gov
Teléfono: (386) 326-3281	Fax: (386) 643-6677
Dirección: 2801 KENNEDY STREET	Ciudad: PALATKA Estado: FL Código Postal: 32177
Mi entidad está amparada por HIPAA y quiero un informe de retroalimentación: <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

II. Información sobre el paciente (Obligatoria) *El paciente llena esta sección*

Nombre del paciente: _____	Apellido del paciente: _____	Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____	Ciudad: _____	
Estado: _____	Código Postal: _____	Condado: _____
Email: _____		
Número de teléfono ppal.: _____	Número de teléfono alternativo: _____	
La hora mejor para llamarle: <i>(marca uno)</i>		
<input type="checkbox"/> Mañana: 8 a.m. a 12 <input type="checkbox"/> Tarde: 12 a 5 p.m. <input type="checkbox"/> Noche: 5 a 9 p.m. <input type="checkbox"/> A cualquier hora		
¿Podemos dejarle un mensaje en el contestador? <i>(marca uno)</i>		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<i>Mi firma autoriza a que el profesional actuante envíe este formulario a un representante de Tobacco Free Florida. Entiendo que me llamarán dentro de la próxima semana.</i>		
Firma del paciente: _____	Fecha: _____	
Elección de programa: Marca <u>UNA</u> casilla a continuación (ver descripciones de los programas al reverso). El proveedor enviará este formulario por fax o por email al programa que elija.		
<input type="checkbox"/>  Asiste a una clase en grupo	Fax : 1-888-975-1534 Email : tobacco@ahec.ufl.edu	
<input type="checkbox"/>  Habla por teléfono con un Quit Coach®	Fax : 1-866-688-7577 Email : supportservices@optum.com	

Instrucciones para el envío del formulario de referencia

I. Información sobre el proveedor: El proveedor debe completar esta sección. Ejemplos aparecen abajo:

Hospitales	Ejemplo 1	Ejemplo 2	Ejemplo 3
Sistema de salud:	UF Health	Memorial Healthcare System	FlaglerHealth+
Nombre del hospital:	Shands Hospital	Memorial Hospital Pembroke	Flagler Hospital
Departamento:	Internal Medicine	Respiratory Therapy	Cardiopulmonary
Nombre del proveedor:	John Doe		Jane Smith
No hospitales	Ejemplo 1	Ejemplo 2	Ejemplo 3
Organización paraguas:			AdventHealth
Clínica/Agencia:	Walgreens	Santa Rosa County Health	Cardiopulmonary
Dept./Ubicación:	#1234		Daytona Beach
Nombre del proveedor:	John Doe	Jane Doe	Jane Smith

II. Información del paciente: El paciente deberá proveer su información de contacto.

Selección de programa: El paciente deberá seleccionar UN programa de la lista.

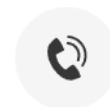
- El proveedor deberá enviar por fax o por correo electrónico el formulario lleno al programa que el paciente seleccione.
- Si el formulario se envía a la clase de grupo o virtual, el paciente recibirá una llamada del centro educativo AHEC de su condado para inscribirlo en un curso.
- Si el formulario se envía al programa telefónico o al programa por Internet, el paciente recibirá una llamada de un entrenador (Quit Coach®) para inscribirlo en el programa que haya seleccionado.



En Grupo

Regístrate y asiste a una sesión con personal entrenado y otras personas que, como tú, quieren dejar el tabaco.

- A cargo de un especialista entrenado
- De 2 a 4 semanas de parches, chicles o tabletas de nicotina
- Horarios y sitios convenientes
- Apoyo grupal



Por Teléfono

Un Quit Coach® espera tu llamada para ayudarte a lograr una vida libre de tabaco.

- Quit Coach® 24/7
- Parches, chicles, o tabletas de nicotina para 2 semanas
- Plan personalizado
- 3 llamadas del Quit Coach®
- 1-855-DÉJELO-YA (1-855-335-3569)

¿Necesita más información sobre los programas disponibles? Visita <https://tobaccofreeflorida.com/es/como-dejar-el-tabaco/programas-para-dejar-de-fumar/>