



Programa de Detención
Temprana de Cancer de Mama
y Cuello Uterino

Elegibilidad de FBCCEDP

Elegibilidad para Exámenes de Detección de Cancer de Mama y de Cuello Uterino

- ♦ Del sexo femenino, 50 a 64 años de edad
- ♦ Residente de Florida
- ♦ Sin seguro medico, seguro insuficiente, médicamente necesitado
- ♦ Ingresos iguales o por debajo del 200% de las directrices federales de pobreza
- ♦ No se ha examinado desde el año pasado
- ♦ Cualquir mujer menor de 50 años o mayor de 64 años (hasta los 74 años) de edad, que sosopeche tener cancer de mama (o sintomas) puede ser elegible.
- ♦ Mujeres de 40-49 años que no sospechen tener cancer de mama con un historial familiar (padres, hermanos, hermanas o hijos) pueden ser elegibles.
- ♦ Mujeres de cualquier edad que hayan completado tratamiento de cancer de mama pueden ser elegibles.

Para aplicar, por favor contacte al Dept. de salud de la Florida, o Grupo Medico que participe mas cercano a usted.

O llame al numero listado abajo para mas información.

Cada aplicación será revisada por el personal del programa o gerente para elegibilidad. Al ser aprobado, se le emitirá un vale a su doctor de cabecera para que le haga su proxima cita para los servicios que sean elegibles. Las mujeres pueden inscribirse en cualquier Dept. de Salud de la Florida o Grupo Medico que participe en el programa dentro del area regional. (Consulte regions listada abajo.)

Referencias para diagnósticos y servicios adicionales seran hechas por su doctor de cabecera y por autorización de reembolso de la oficina regional.

"La Solicitud para Medicaid por ley, para fondos disponibles para tratamiento de mama y cuello uterino, debe ser completada por el director del programa y asistente medico del centro de imágenes." La solicitud provisional de Medicaid debe ser sometida con el reporte de BI-RADS de 4 o mas alto. DCF actualizará la información cuando el informe de patologia sea recibido confirmando el diagnóstico de cancer.

Examen Clinico de Mamas

- Papanicolau mayores de 50 años (sin hysterectomia)
- Mamografia de Detección
- Diagnóstico por imagen
- Asistencia de biopsia
- Aplicación de Medicaid con diagnóstico de cancer

FBCCEDP/FDHCP
Oficina Regional
2801 Kennedy Street
Palatka, Florida 32177
Tele: 386-326-3281
E-Fax: 386-643-6677

"Mamograma gratuito o de bajo costo ofrecido a mujeres elegibles por el Programa de Detección Temprana de Cancer de Mama y Cuello Uterino"

Sirviendo a Alachua, Bradford-Columbia, Dixie, Gilchrist, Levy, Putnam, Swanee, Union, Lafayette, Hamilton y condados circundantes.



PROGRAMA DE DETENCIÓN TEMPRANA DE CANCER CERVICAL Y SENO CONDADO DE PUTNAM

INSCRIPCIÓN DEL PACIENTE/FORMA DE REFERIDO (PRF)

El Departamento de Salud de Florida, le invita a tomar parte del Programa de Detección Temprana del Cáncer Cervical y Seno de la Florida (FBCCEDP). Si usted cualifica, usted podrá recibir el examen de los senos y cervical gratis. Si sus pruebas resultan con alguna anomalía, FBCCEDP trabajara con su médico para ayudarlo a obtener pruebas adicionales, y si fuera necesario tratamiento.

Si usted tiene un resultado anormal y necesita diagnóstico o tratamiento, puede haber algún costo por las pruebas.

Sirviendo a los siguientes condados de Alachua, Bradford, Columbia, Dixie, Gilchrist, Hamilton, Lafayette, Levy, Putnam, Suwannee y Union
Todos los espacios DEBEN COMPLETARSE para que la solicitud sea procesada.

Identificación/Información General

Nombre:

Apellido	Nombre	Segundo Nombre	Apellido de Soltera
----------	--------	----------------	---------------------

Fecha de Nacimiento:

Edad:

TELEFONO:

Otro TELEFONO:

Dirección Postal:

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

(Si es diferente a la de arriba)

Dirección:

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

Historial de examen del seno: LLENAR TODO COMPLETAMENTE

- ¿Alguna vez a sido diagnosticada con cancer en los senos? Si En que año? _____ No
- ¿Tiene algun familiar que ha sido diagnosticado con cancer en los senos?
 Si Circule el parentesco: Madre / Abuela / Hermana / Tia No
- ¿Usted tiene implantes? Si _____ Cuando tiempo? No
- **¿Alguna ves se ha hecho un mamograma?** Si No
- Si: ¿Donde fue realizado (Proveedor) _____ Cuando? Mes: _____ Año: _____ Insegura (5+años)

Historial de examen Cervical: LLENAR TODO COMPLETAMENTE

- ¿Alguna vez ha sido diagnosticada con cancer cervical? Si En que año? _____ No
- HISTERECTOMIA: Si No
- Si: COMPLETA o PARCIAL ¿Tiene su Utero? Si No
- ¿Alguna vez ha tenido un examen de Papanicolaou? Si No
- Si: ¿Donde fue realizado (Proveedor) _____ Cuando? Mes/Año: ____/____

Dato del Programa

Raza: **Marque todo Aplicable**

- Indio Americano o Nativo de Alaska Negro/Africano Americano Blanco
- Asiatico
- Nativo de Hawaii o Isleño del Pacifico Otro, por favor especifique: _____

Etnicidad: Es usted Hispano o Latino? Si No

VOUCHER ISSUED: _____



LLENAR ESTA SECCIÓN

Medico de Atención Primaria(Preferido)

Centro de Imagenes y Radiologia(preferido)

Estatura: _____ pulgadas Peso: _____ lbs Presión Arterial: _____

Diabetes: Si Que Tipo: _____ No Pre-Diabético: Si No
Antecedentes de Hipertensión o Presión Arterial Alta: Si No
Hace ejercicio 5x por semana Si No
Colesterol Alto en la Sangre: Si No ¿Come 5 Porciones de Frutas/vegetales al Dia? Si No

Uso de Tabaco : Diario Algunas Veces Nada Anterior Declinó Responder
Le gustaria inscribirse en nuestro Programa Para Dejar De Fumar gratis? Si No

Información sobre ingresos/seguros: INFORMACIÓN REQUERIDA LLENAR COMPLETAMENTE

¿TIENE algún seguro de salud? Si No

¿Esta recibiendo?:

Medicaid Si No Medicare A Si No Medicare B Si No

- 1. Cuantos Residen en su Hogar: _____
2. Ingreso Mensual: _____
3. Ingreso Anual: _____
4. Desempleo: _____

Acuerdo del Cliente

- o Yo entiendo que ninguna prueba es 100% exacta.
o Esta certificación es correcta al momento de hacerla. Yo entiendo que el proveedor intentará verificar la certificación. La verificación pudiera ser hecha mediante llamada telefónica, escrita o por contacto personal. Esta verificación no requiere un documento por escrito para confirmar lo informado por el cliente o aplicante. Si el proveedor no puede verificar los pagos de salario o el empleador no quiere verificar los salarios pagados, la declaración certificada debe ser aceptada como exacta.
o Yo he leído o me ha sido leída la información anterior. Yo estoy de acuerdo que la información provista es correcta.

Firma del Cliente: _____ Fecha: _____

Por favor escriba con claridad su nombre: _____

Referido por: _____

POR FAVOR ADJUNTE LA APPLICACIÓN ANUAL DE EL FORMULARIO DE ACUERDO FIRMADO Y FECHADO. GRACIAS

¿Necesita transporte hacia y desde sus citas? Si No

VOUCHER ISSUED: _____



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 ¿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 \$ _____ 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 850-743-6057 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.



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

LA INFORMACIÓN PUEDE SER DIVULGADA POR:

Persona/Centro: _____ Número de teléfono: _____
Dirección: _____

LA INFORMACIÓN PUEDE DIVULGARSE A:

Persona/Familia: DOH-Putnam - FBCCEDP Número de teléfono: 386-326-3200 o 386-326-3281

*Information may also be disclosed to: Referral source listed above.

MÉTODO DE DIVULGACIÓN: From: Putnam Breast Program @ Dept. of Health in Putnam County

____ Recoger en la clínica/el centro
____ Dirección: 2801 Kennedy Street, Palatka, Florida 32977
____ Numero de Fax: e-fax 386-643-6677
____ Dirección de correo electrónico: (Tenga en cuenta que el envío de correos electrónicos puede no ser un método seguro de comunicación)

INFORMACIÓN QUE SE DIVULGARÁ: (Selección inicial)

____ Registro(s) médico(s) ____ Registros de STD ____ Registros de TB ____ Antecedentes y resultados generales)
____ Vacunas ____ Planificación familiar ____ Registros prenatales Consultas
 Notas de progreso
 Informes de pruebas de diagnóstico (especifique el (los) tipo(s) de prueba All breast screening, diagnostics, Imaging and labs)
 Otro: (especificar) Consent to e-fax enrollment & results to Putnam County Health Dept. 386-326-6677

Autorizo específicamente la divulgación de información relacionada con: (Selección inicial)

____ Resultados de la prueba de VIH ____ Registros de clientes de proveedores de servicios de abuso de sustancias
____ Notas psiquiátricas, psicológicas o psicoterapéuticas ____ Intervención temprana ____ WIC

FINALIDAD DE LA DIVULGACIÓN:

Continuidad del cuidado Uso personal Otro (especificar)
Provider Reimbursement & Case Navigation Program

FECHA DE VENCIMIENTO: Esta autorización vencerá (insertar fecha o evento): Entiendo que si no especifico una fecha de vencimiento o un evento, esta autorización vencerá a los doce (12) meses de la fecha en que se firmó. _____

NUEVA DIVULGACIÓN: Entiendo que una vez que se divulgue la información anterior, el destinatario puede volver a divulgarla, y es posible que la información no esté protegida por las leyes o las normas federales de privacidad.

CONDICIONAMIENTO: Entiendo que la decisión de completar este formulario de autorización es voluntaria. Estoy al tanto de que no se me negará el tratamiento si me rehúso a firmar este documento.

REVOCACIÓN: Comprendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Si revoco esta autorización, entiendo 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 haya divulgado en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros, Medicaid y Medicare.

Firma del Cliente/Representante Legal

Fecha

Nombre en imprenta

Relación del Representante Legal con el Cliente

Si usted es un representante legal de la persona cuya información está solicitando, debe proporcionar documentación que demuestre su autoridad legal para solicitar esta información (por ejemplo, poder notarial, formulario de apoderado para atención médica, orden, nombramiento de tutor, orden de designación de representante personal, cartas de administración).

Original: Al archivo Copia: Al cliente Copia: Adjunta a la divulgación

Nombre del cliente: _____

ID#: _____

Fecha de nacimiento: _____



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 (FBCCEDP). El FBCCEDP 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 FBCCED, declaro que:

1. Soy residente de Florida, quiero ser cliente del FBCCEDP 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 FBCCEDP si mis ingresos cambian y superan el 200 % del Nivel federal de pobreza.
4. Me comunicaré con el FBCCEDP 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 FBCCEDP 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 FBCCEDP.
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 FBCCEDP, 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 FBCCEDP.
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 FBCCEDP 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 FBCCEDP 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 FBCCEDP, 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 FBCCEDP 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 FBCCEDP.
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 FBCCEDP 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 FBCCEDP en:

Regional local de FBCCEDP: PUTNAM Teléfono: 386-326-3281

Firma del cliente

Fecha

Nombre en letra de molde



Fecha de nacimiento

Dirección de correo electrónico del cliente: _____

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: <u>FDOH-Putnam County</u>
Nombre del hospital: _____	Clínica/Agencia: <u>FBCCEDP</u>
Departamento: _____	Dept./Ubicación: <u>Palatka, FL</u>
Nombre del proveedor: _____	Nombre del proveedor: _____
Persona principal de contacto: <u>Laurene Byers or Rita J. Cianfrocco</u>	Email: <u>Rita.Cianfrocco@flhealth.gov and Laurene.Byers@flhealth.gov</u>
Teléfono: <u>(386) 326-3281 or 3278</u>	Fax: <u>(386) 643-6677</u>
Dirección: <u>2801 KENNEDY STREET</u>	Ciudad: <u>PALATKA</u> Estado: <u>FL</u> Código Postal: <u>32177</u>
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

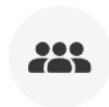
I. Información sobre el proveedor: El proveedor debe completar esta sección. Ejemplos aparecen abajo:

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.

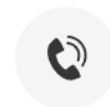
- El proveedor deberá enviar por fax o por correo electrónico el formulario lleno al programa que el paciente seleccione.
- Si el formulario se envía a la clase de grupo o virtual, el paciente recibirá una llamada del centro educativo AHEC de su condado para inscribirlo en un curso.
- Si el formulario 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/>