



Volusia

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:

NOMBRE:

APELLIDO DE
SOLTERA:

FECHA DE
NACIMIENTO:

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

INFORMACIÓN DE CONTACTO

DIRECCIÓN: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD Y CÓDIGO
POSTAL: _____

DIRECCIÓN DE CORREO
ELECTRÓNICO: _____

TELÉFONO PRINCIPAL: _____

TELÉFONO
ALTERNATIVO: _____

MAJOR HORA PARA LLAMARLA:

☐ 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).

☐ Sociedad Americana contra
el Cáncer

☐ Tarjeta

☐ Folleto

☐ Televisión

☐ Departamento de Salud del
Condado

☐ Radio

☐ Evento/Feria de salud de la
comunidad

☐ Redes sociales

☐ Familia/Amigos

☐ Sesión educativa

☐ Internet/Sitio web

☐ Publicidades/Paradas/Cartel
es de autobús

☐ Consultorio médico privado

☐ Vallas publicitarias

☐ Periódico

Nombre de la clínica de salud de
la comunidad: _____

☐ Centro de salud calificado
por el gobierno federal

☐ Otro

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

☐ 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? ☐ Sí ☐ No

Si respondió "Sí", ¿cuál es su seguro? _____

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

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

☐ Residente de Florida ☐ Ciudadana de EE. UU. ☐ Ciudadana en
estado legal ☐ Otro

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

☐ Hispana/Latina ☐ No hispana/No latina

IDENTIDAD RACIAL

☐ 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

Idioma principal que habla: _____

Otros idiomas hablados: _____

Idioma que prefiere para
recibir correo:

☐ Inglés

☐ Español

☐ Creole

FOR OFFICE USE ONLY

Client Assigned ID# or Pseudo SS#: _____



Volusia

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:

NOMBRE:

APELLIDO DE
SOLTERA:

FECHA DE
NACIMIENTO:

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

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 ☐ Histerectomía total
(Todavía tengo cuello del útero) (no tengo cuello del útero)

¿Cuál fue el motivo de la histerectomía?

FOR OFFICE USE ONLY

Client Assigned ID# or Pseudo SS#:



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 su grupo familiar.** _____ (inclúyase a usted, cónyuge o compañero de unión civil e hijos dependientes)
4. **Ingresos netos de su grupo familiar (después de impuestos):** \$ _____ mensuales ☐ O \$ _____ anuales

Tamaño de la familia	2026 Ingresos mensuales según la escala del Departamento de Salud	2026 Ingresos anuales según la escala del Departamento de Salud
1	\$2,659.91	\$31,920.00
2	\$3,606.58	\$43,280.00
3	\$4,553.25	\$54,640.00
4	\$5,499.91	\$66,000.00
5	\$6,446.58	\$77,360.00
6	\$7,393.25	\$88,720.00
7	\$8,339.91	\$100,080.00
8	\$9,286.58	\$111,440.00
9	\$10,233.25	\$122,800.00
10	\$11,179.91	\$135,160.00

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 al Kathy Diaz 386-457-6292 de 8:00 a. m. 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 REVELAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

LA INFORMACIÓN PUEDE REVELARLA:

Persona/Centro: _____

N.º de teléfono: _____

Dirección: _____

N.º de fax: _____

LA INFORMACIÓN PUEDE REVELARSE A:

Persona/Centro: _____

N.º de teléfono: _____

N.º de fax: _____

MÉTODO PARA COMPARTIR LA INFORMACIÓN:

_____ Se recoge en la clínica/centro

Dirección: _____

N.º de fax: _____

_____ Dirección de correo electrónico: _____

(Tenga en cuenta que el envío de correos electrónicos puede no ser un método seguro de comunicación)

INFORMACIÓN QUE SE REVELARÁ: (selección **inicial**)

_____ Expediente médico general, incluyendo expediente de STD y TB

_____ Notas de progreso

_____ Historia clínica y resultados físicos

_____ Vacunas

_____ Planificación familiar

_____ Registros prenatales

_____ Consultas

_____ Informes de pruebas diagnósticas (especifique el tipo de prueba)

_____ Otro: (Especifique): _____

Autorizo específicamente que se comparta información relacionada con: (sección **inicial**)

_____ Resultados de pruebas de VIH para fines no relacionados con el tratamiento

_____ Registros del cliente del proveedor de servicios por consumo de sustancias

_____ Notas psiquiátricas, psicológicas o psicoterapéuticas

_____ Intervención temprana

_____ WIC

PROPÓSITO DE COMPARTIR LA INFORMACIÓN:

_____ Continuidad de la atención

_____ Uso personal

_____ Otro (especifique)

FECHA DE VENCIMIENTO: Esta autorización vencerá (inserte fecha o suceso) _____. Entiendo que, si no especifico una fecha de vencimiento o suceso, 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, el destinatario puede volver a revelarla, y es posible que esa información ya no esté protegida por las leyes y reglamentaciones federales de privacidad.

CONDICIONES: Entiendo que completar este formulario de autorización es voluntario. Entiendo que no me negarán el tratamiento si no firmo este formulario.

CANCELACIÓN: Entiendo que tengo derecho a cancelar esta autorización en cualquier momento. Si cancelo esta autorización, entiendo que debo hacerlo por escrito y que debo presentar la cancelación al Departamento de Expedientes Médicos (Medical Record Department). Entiendo que la cancelación no se aplicará a la información que ya se haya compartido en respuesta a esta autorización. Entiendo que la cancelación no se aplicará a mi compañía de seguros, Medicaid ni Medicare.

Firma del cliente/representante legal

Fecha

Nombre en letra de molde

Relación del representante legal con el cliente

Testigo (opcional)

Fecha

Si usted es representante legal de la persona cuya información solicita, debe presentar documentación que demuestre su autorización legal para pedir esta información (por ejemplo, poder, formulario de sustituto para la toma de decisiones sobre la atención médica, orden o nombramiento de tutela, orden de designación de representante personal y cartas de administración).

Nombre del cliente: _____

N.º de identificación: _____

Fecha de nacimiento: _____

Original: Para archivar Copia para el cliente



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: Kathy Diaz Teléfono: 386-457-6292

Firma del cliente _____

Fecha _____

Nombre en letra de molde _____

Fecha de nacimiento _____

Dirección de correo electrónico del cliente: _____



INICIO DE LOS SERVICIOS

PARTE I CONSENTIMIENTO PARA EL INICIO DE LA RELACIÓN ENTRE CLIENTE Y PROVEEDOR

Nombre del cliente: _____

Nombre de la Agencia: _____

Dirección de la Agencia: _____

Doy mi consentimiento para iniciar la relación entre cliente y proveedor. Autorizo al personal del Departamento de Salud (Department of Health) y a sus representantes a proporcionar la atención médica de rutina. Entiendo que la atención médica de rutina es confidencial y voluntaria, y puede implicar consultas médicas, incluyendo, obtención de mi historia médica, evaluaciones, exámenes médicos, administración de medicamentos o análisis de laboratorio o procedimientos menores. Puedo terminar con esta relación en cualquier momento.

Al poner mis iniciales en este renglón, reconozco que he recibido una Hoja informativa de consentimiento informado sobre telesalud y que doy mi consentimiento para que se ofrezcan algunos servicios a través de telesalud. Puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento, lo que discontinuará el uso de los servicios de telesalud sin afectar mi derecho a la atención o al tratamiento futuros.

PARTE II CONSENTIMIENTO PARA REVELAR INFORMACIÓN (Solo para propósitos de tratamiento, pago u operaciones de atención médica).

Doy mi consentimiento para el uso y la divulgación de mi información de salud; incluyendo información médica, dental, sobre VIH/SIDA, ETS, tuberculosis, prevención del abuso de sustancias, determinantes psiquiátricos/psicológicos, sociales y conductuales de la salud y gestión de casos; para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Además, doy mi consentimiento para que mi información médica se comparta en el Health Information Exchange (intercambio de información médica, HIE), lo que permite el acceso a los consultorios médicos, hospitales, coordinadores de atención, laboratorios, centros de radiología y otros proveedores de atención médica participantes a través de medios electrónicos seguros. Si elige no compartir su información en el HIE, puede optar por no participar si pide y firma un formulario de exclusión del HIE.

PARTE III CERTIFICACIÓN, AUTORIZACIÓN PARA REVELAR Y SOLICITUD DE PAGO DEL PACIENTE DE MEDICARE (Solo aplica a clientes de Medicare). Yo, el cliente/representante que firma abajo, certifico que la información que di en la solicitud de pago según el Título XVIII de la Ley de Seguro Social es correcta. Autorizo a la agencia de arriba a revelar mi información médica a la Administración del Seguro Social o sus intermediarios/aseguradoras para este u otros reclamos relacionados con Medicare. Solicito que se paguen los beneficios autorizados en mi nombre. Cedo los beneficios pagaderos por servicios médicos a la agencia mencionada arriba y la autorizo a presentar el reclamo ante Medicare para el pago.

PARTE IV CESIÓN DE LOS BENEFICIOS (Solo aplica a pagadores externos).

Yo, el cliente/representante que firma abajo, cedo a la agencia mencionada arriba todos los beneficios que reciba de cualquier plan de atención médica o póliza de gastos médicos. La cantidad de esos beneficios no debe superar los cargos médicos establecidos en la lista de tarifas aprobadas. Todos los pagos cubiertos en este párrafo deben hacerse a la agencia indicada arriba. Entiendo que soy personalmente responsable de los gastos que no cubra esta cesión.

PARTE V OBTENCIÓN, USO O REVELACIÓN DEL NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL

(Este aviso se entrega según la Sección 119.071(5)(a) de los Estatutos de Florida).

Para los programas de atención médica, el Departamento de Salud de Florida puede recopilar su número del Seguro Social con fines de identificación y facturación, según se autoriza en las subsecciones 119.071(5)(a)2.a y 119.071(5)(a)6 de los Estatutos de Florida. Firmando abajo, doy mi consentimiento para que se recopile, use o revele mi número del Seguro Social únicamente con fines de identificación y facturación. No podrá usarse con ningún otro fin. Entiendo que el Departamento de Salud de Florida debe recopilar los números del Seguro Social para cumplir las obligaciones y las responsabilidades que exige la ley.

PARTE VI SI FIRMO ABAJO, CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN DE ARRIBA ES CORRECTA Y CONFIRMO QUE RECIBÍ EL AVISO DE LOS DERECHOS DE PRIVACIDAD

Firma del cliente o su representante _____

Relación propia o del representante con el cliente _____

Fecha _____

Testigo (opcional) _____

Fecha _____

PARTE VII REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, _____ REVOCO ESTE CONSENTIMIENTO, vigente a partir del _____
Firma del cliente o su representante _____ Fecha _____

Original to file; Copy to client

DH 3204-SSG-03/2025

For Office Use Only – Print or Use Label

Client Name: _____

MRN: _____

DOB: _____

Adjunto 2E