



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 FBCCEDP, 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: Pasco Teléfono: 727-619-0369

Firma del cliente

Fecha

Nombre en letra de molde

Fecha de nacimiento

Dirección de correo electrónico del cliente: _____



FORMULARIO DE INICIO DE LOS SERVICIOS

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

Nombre del cliente:

Nombre de la agencia: FL. DEPT. OF HEALTH - FL. BREAST & CERVICAL CANCER EARLY DETECTION PROGRAM, WISEWOMAN & PREMIER

Dirección de la agencia: 11611 DENTON AVENUE HUDSON, FL 34667-5420

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 darme atención médica de rutina. Entiendo que la atención médica de rutina es confidencial y voluntaria. Esto puede incluir visitas médicas en la que se obtenga mi historia médica, me hagan exámenes médicos, me administren medicamentos o me hagan análisis de laboratorio o procedimientos menores. Puedo terminar con esta relación en cualquier momento.

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

Para propósitos de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, doy mi consentimiento para que se use y se revele mi información de salud, que incluye información médica, dental, sobre VIH/sida, STD (enfermedades de transmisión sexual), TB (tuberculosis) y prevención de trastornos por abuso de sustancias; información psiquiátrica o psicológica y de administración de casos.

PARTE III CERTIFICACIÓN, AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN Y SOLICITUD DE PAGO DEL PACIENTE DE MEDICARE (solo corresponde para clientes que tengan Medicare).

Yo, el cliente/representante que firma abajo, certifico que la información que di en la solicitud de pago en conformidad con el Título XVIII de la Ley de Seguro Social (Social Security Act) es correcta. Autorizo a la agencia indicada arriba a entregar mi información médica a la Administración del Seguro Social (Social Security Administration) o sus intermediarios o compañías aseguradoras para este o cualquier otro reclamo relacionado con Medicare. Solicito que se haga el pago de 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 correspondiente.

PARTE IV CESIÓN DE LOS BENEFICIOS (solo corresponde para 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 tales beneficios no debe superar los cargos médicos detallados 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 RECOPIACIÓN, USO O REVELACIÓN DEL NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL

(Este aviso se entrega de conformidad con 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. Al firmar abajo, doy mi consentimiento para que se recopile, se use o se 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/representante

Indicar la relación del representante con el cliente o si este actúa en nombre propio

Fecha

Testigo (opcional)

Fecha

PARTE VII RETIRO DEL CONSENTIMIENTO

Yo, _____, RETIRO ESTE CONSENTIMIENTO a partir del ____

Firma del cliente/representante

Fecha

Testigo (opcional)

Fecha

Nombre del cliente: _____

N.º de id.: _____

Fecha de nacimiento: _____

Original: para archivar; copia: para el cliente



AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

LA INFORMACIÓN LA PUEDE REVELAR:

Persona/Centro: FL. Dept. of Health - FBCCEDP, WISEWOMAN & Premier

Teléfono: (727) 619-0369

Dirección: 11611 Denton Avenue Hudson, FL 34667-5420

LA INFORMACIÓN PUEDE REVELARSE A:

Persona/Centro: _____

Teléfono: _____

MÉTODO DE REVELACIÓN:

☐ Se recoge en la clínica/centro

☐ Dirección: _____

☒ Fax: (850) 922-9321

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

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) Mammogram, Ultrasound, Breast/Cervical biopsy & pathology reports

☒ Otro: (especificar) FBCCEDP imaging, visit notes and/or WISEWOMAN lab reports, visit notes etc.

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) Case Management, Data Collection & Epidemiology

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



CONSENTIMIENTO DEL CLIENTE PARA ENVIAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL POR FAX

Las leyes de la Florida exigen que la información contenida en los expedientes médicos se mantenga en confidencia absoluta y que no sea dada a conocer a terceros sin que usted dé su autorización por escrito. Usted debe otorgar una autorización específica por escrito para poder comunicar a terceros ciertos tipos de información médica confidencial. El Departamento de Salud de la Florida puede enviar por fax información médica confidencial a un proveedor del cuidado de la salud o recibir por fax información que fue solicitada de otro proveedor con su permiso. El envío por fax de dicha información es voluntario. No se le negarán servicios si usted se niega a permitir que su información confidencial sea enviada por fax.

Se tomarán precauciones para asegurar que su información llegue segura a su destino, pero los faxes pueden ser enviados a un número de fax equivocado.

Yo, _____, por la presente autorizo a: DOH-Pasco FBCCEDP
(nombre del cliente o representante legal) (Agencia o persona en posesión del expediente)

11611 Denton Avenue, Hudson, FL 34667-5420

Dirección (calle, ciudad, estado) de la agencia o persona con el expediente

a enviar por fax la siguiente información: (escriba sus **iniciales** junto a las siguientes opciones según lo que corresponda)

- | | | |
|--|---|-------------------------------------|
| _____ a. Expedientes de STD* | _____ b. Expedientes de TB* | _____ c. Expedientes del VIH /SIDA* |
| _____ d. Expedientes de tratamiento para el abuso del alcohol o drogas | _____ e. Expedientes acerca de información psiquiátrica o psicológica | |
| _____ f. Información acerca del abuso de adultos y de niños | _____ g. Otros (especificar) <u>FBCCEDP reports</u> | |
| | X _____ | |

*STD: Enfermedades transmitidas por contacto sexual; TB: Tuberculosis; VIH: Virus de la inmunodeficiencia humana; SIDA: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida

Esta información será enviada por fax a:

Nombre del proveedor (destinatario del fax)	_____
Nombre del contacto	<u>Christina Giron</u>
Número telefónico del proveedor	<u>(727) 619-0369</u>
Número de fax del proveedor	<u>(727) 861-4805</u>

X _____ X _____
Firma del cliente o representante legal **Fecha** **Testigo**

Parentesco del representante legal con el cliente

UTILICE ESTE ESPACIO SÓLO SI EL CLIENTE CANCELA SU CONSENTIMIENTO

Fecha de revocamiento del consentimiento

Firma del cliente o representante legal

Testigo

Parentesco del representante legal con el cliente



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

ELEGIBILIDAD FINANCIERA

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

1. ¿Tiene Medicaid? ☐ SÍ ☐ NO ☐ ¿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 ☐ \$ _____ anuales

Tamaño de la familia	2022 Ingresos mensuales según la escala del Departamento de Salud	2022 Ingresos anuales según la escala del Departamento de Salud
1	\$2,264.91	\$27,179.00
2	\$3,051.58	\$36,619.00
3	\$3,838.25	\$46,059.00
4	\$4,624.91	\$55,499.00
5	\$5,411.58	\$64,939.00
6	\$6,198.25	\$74,379.00
7	\$6,984.91	\$83,819.00
8	\$7,771.58	\$93,259.00
9	\$8,558.25	\$102,699.00
10	\$9,344.91	\$112,139.00

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 727-619-0369 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.