

INSCRIPCIÓN PARA DIAGNÓSTICO

Seguimiento y tratamiento de cáncer de seno para mujeres de 18-74



301 Centennial Mall South - P.O. Box 94817
Lincoln, NE 68509-4817 Fax: 402-471-0913
1-800-532-2227
www.dhhs.ne.gov/womenshealth

Reasonable accommodations made for persons with disabilities.
TDD (800) 833-7352
Nebraska DHHS provides language assistance at no cost to limited English proficient persons who seek our services.

PROVIDER NOTES:

- **Clients with insurance MAY STILL BE ELIGIBLE for diagnostic services.**
- If client is currently enrolled for screening services complete **ONLY** the name and date of birth on pages 3 and 4.
- Diagnostic form instructions may now be found online at dhhs.ne.gov/ewmforms
- Male clients - NOT eligible for screening or diagnostic procedures (see *Transgender Policy pg 73 and pg 80 in the Women's & Men's Health Program Provider Participation Manual*)

¡Por favor responda cada pregunta en LETRA IMPRENTA legible!

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Primer nombre: _____ Inicial segundo nombre: _____ Apellido: _____

Apellido de soltera: _____ Estado civil: Soltero(a) Divorciado(a) Casado(a) Viudo(a)

Genero: Femenino Transgénero Mujer a hombre Hombre a mujer

¿Cómo te identifica?: Heterosexual Lesbiana Bisexual Homosexual

Fecha de nacimiento: ___/___/___ No. de Seguro Social: ___-___-___ Lugar de nacimiento _____
Ciudad y estado o país de nacimiento _____

Dirección: _____ Número de Apartamento: _____

Ciudad: _____ Condado: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de hogar: (____) _____ Número de trabajo: (____) _____ Número de celular: (____) _____

¿Método preferido de contacto? Hogar Trabajo Celular

¿Está bien enviar un mensaje de texto a su teléfono celular? Sí No

Sí, deseo recibir información del programa por correo electrónico. Correo electrónico: _____

ALTERNATIVO CONTACTO

Persona de contacto: _____ Relación al contacto: _____

Teléfono: (____) _____ Casa Trabajo Celular

DATOS DEMOGRÁFICOS

¿Es usted de origen Latino/Hispano? Sí No NS*

¿Cuál es el idioma principal que se habla en casa?
 Inglés Español Vietnamita Otro _____

¿A qué grupo racial o étnico pertenece? *(marque todas las casillas que apliquen)*

Nativo americano/nativo de Alaska Tribu _____

Negro/afroamericano

Mexicanoamericano

Blanco

Asiático

Isleño del Pacífico o nativo hawaiano

Otro _____

No sabe

¿Usted es una Refugiada? Sí No NS*
De ser así, de dónde: _____

Nivel de educación más alto realizado:

<9 no grado

Algo de escuela secundaria

Se graduó de escuela secundaria o equivalente

Algo de universidad o un nivel mas alto

No sabe

No desea responder

Cómo se enteró del programa:

Doctor/Clínica

Agencia

Periódico/radio/TV

Familia/amigo(a)

Soy cliente actual/anterior

Trabajador de Salud Comunitario

Las Redes Sociales (Facebook/Instagram, etc.)

Otro _____

HISTORIAL DE SALUD

¿Alguna vez le han hecho a usted alguno de los siguientes exámenes?:

Papanicolaou Sí No NS*
Fecha anterior o previa de la prueba de Papanicolaou ___/___/___
El resultado: Normal Anormal NS*

Prueba de VPH
Fecha anterior o previa de la prueba del VPH ___/___/___
El resultado: Normal Anormal NS*

¿Se le ha realizado a usted una **histerectomía** *(extirpación del útero)*? Sí No NS*

2a. ¿Se le extirpó la **cérvix** *(cuello uterino)*? Sí No NS*

2b. ¿Se le hizo la **histerectomía** para tratar el cáncer cervical? Sí No NS*

¿Ha tenido usted alguna vez cáncer cervical? No Sí NS* Cuándo: ___/___/___

Mamografía Sí No NS*
Fecha anterior o previa de la mamografía ___/___/___
El resultado: Normal Anormal NS*

¿Han tenido su madre, hermana o hija alguna vez cáncer de seno? Sí No NS*

¿Ha tenido usted alguna vez cáncer de seno? No Sí NS* Cuándo: ___/___/___

*NS-No sabe/no está segura

INGRESOS Y SEGURO MEDICO	<p><i>Es posible que sea requerido mostrar una prueba de que mis ingresos están dentro de las pautas de ingresos del programa, cuando el personal del programa se comuniquen conmigo. Si se determina que mis ingresos están por encima de los lineamientos, seré responsable de las facturas por los servicios recibidos.</i></p> <p>¿Cuál es su ingreso familiar, antes de impuestos? <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Anual Ingresos: \$ _____</p> <p>Por favor fíjese: empleados por cuenta propia deben anotar el ingreso neto después de impuestos.</p> <p>¿Cuántas personas viven con este ingreso? <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10 <input type="radio"/> 11 <input type="radio"/> 12</p> <p>¿Ud. tiene seguro médico? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Ninguno/sin cobertura</p> <p style="color: red; font-weight: bold;">*Los clientes con cobertura de seguro de salud PODRIAN SER ELEGIBLES AÚN para servicios de diagnósticos.</p>	<p>Si dijo sí, es:</p> <p><input type="radio"/> Medicare (personas de 65 o mayores) <input type="radio"/> Solo Parte A <input type="radio"/> Parte A y B</p> <p><input type="radio"/> Medicaid (cobertura para usted) <input type="radio"/> Solo seguro catastrófico <input type="radio"/> Seguro Privado con o sin Suplemento de Medicaid (anote por favor) _____</p>
---------------------------------	---	---

Autorización de acceso y divulgación de información médica

■ Usted debe leer y firmar esta página para ser parte del programa Every Woman Matters.

1/2024

- Deseo ser parte del programa Every Woman Matters (EWM). Sé que:
 - Si tengo menos de 40 años de edad, solo puedo recibir pruebas diagnósticas para cáncer del seno.
 - No puedo superar las pautas de ingreso.
 - Si tengo seguro, EWM solo pagará después de que mi seguro pague.
 - Debo ser mujer (según las Pautas Federales)
 - Notificaré a EWM cuando no desee pertenecer más al programa
- Sé que si tengo menos de 40 años de edad, no seré parte de EWM después de que me hayan realizado las pruebas diagnósticas para el cáncer del seno.
- Sé que si tengo 40-74 años de edad, puedo ser elegible para servicios completos de detección que podrían incluir: pruebas de detección para cáncer del seno y cervical, pruebas de detección de presión sanguínea, colesterol, diabetes y obesidad con base en las pautas del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de EE. UU. y del Programa. He hablado con mi proveedor de servicios de salud sobre los exámenes de diagnóstico y entiendo los posibles efectos colaterales o molestias que se puedan presentar.
- Entiendo que me pueden pedir que aumente mi nivel de actividad física y que haga cambios a mi dieta como parte de la educación de salud que me ofrecen. Entiendo que antes de hacer estos cambios a mi nivel de actividad o a mi dieta, se me anima a que hable con mi proveedor de cuidado de salud respecto a cualquier preocupación o pregunta al respecto.
- He hablado con mi proveedor de servicios de salud sobre la forma en que pagaré los exámenes o servicios que no sean cubiertos por EWM.
- Es posible que me den información para aprender a cambiar mi dieta, incrementar mi actividad física y/o dejar de fumar. Es posible que EWM me recuerde cuándo debo programar mis exámenes de detección y me envíe un correo electrónico para ayudarme a saber más sobre mi salud.
- Con base en mi historial personal y de salud, es posible que reciba materiales sobre exámenes de detección y/o educativos. Sé que si cambio de dirección sin avisarle al EWM, es posible que no me envíen avisos sobre evaluación diagnóstica y educación. Acepto mi responsabilidad de seguir todas las recomendaciones que me dé mi proveedor de salud.
- Mi proveedor de servicios de salud, laboratorio, clínica, unidad de radiología y/o hospital pueden darle los resultados de mis exámenes de detección de cáncer de seno y/o cervical, exámenes de seguimiento y/o tratamiento al EWM.
- Para ayudarme a tomar las mejores decisiones sobre mi salud, es posible que EWM comparta mi historia clínica y otra información de cuidado médico, incluyendo resultados de laboratorio, con mis proveedores de servicios de salud.
- Mi nombre, dirección, número de Seguro Social y/u otra información personal será usada solo por EWM. Pueda que sea usada para informarme si necesito exámenes de seguimiento. Esta información puede ser compartida con otras organizaciones, según se requiera, para poder recibir recursos económicos para tratamiento.
- Otra información puede ser utilizada en estudios aprobados por EWM y/o los Centros para la Prevención y el Control de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés); por parte de investigadores de otras instituciones con el fin de aprender más sobre salud masculina y femenina. Estos estudios no usarán mi nombre u otra información personal.

MARQUE UNO	<p>Para poder ser elegible para EWM, usted debe ser un ciudadano de Los Estados Unidos o un extranjero calificado bajo la Ley Federal de Inmigración y Naturalización. Por favor señale la opción que le corresponda.</p> <p>Con el propósito de cumplir con lo establecido por el Neb. Rev. Stat. 4-111(1)(b), declaro lo siguiente:</p> <p><input type="radio"/> Soy ciudadano de los Estados Unidos</p> <p><input type="radio"/> Soy un extranjero calificado bajo el Acta de Inmigración y Nacionalidad Federal, 8 U.S.C. 1101 et seq., como tal acta existió el 1 de enero de 2009, y está legalmente presente en los Estados Unidos. Adjunto una copia de enfrente y atrás de mi documentación de USCIS. (Por ejemplo, Tarjeta de residente permanente o Número A/Número de registro extranjero)</p>
	<p>Por medio de la presente, declaro que mi respuesta y la información suministrada en este formulario y toda solicitud relacionada para obtener beneficios públicos son ciertas, completas, y exactas; y entiendo que esta información puede ser usada para verificar mi permanencia legal en los Estados Unidos.</p>

FIRME Y PONGA FECHA	<p>Nombre en letra imprenta (primero, segundo, apellido) _____ Su firma _____</p>
	<p>mes / día / año _____ mes / día / año _____</p> <p>Fecha Su fecha de nacimiento</p>

*Clients with insurance MAY STILL BE ELIGIBLE for diagnostic services.

Breast Follow-Up & Treatment Plan

Name:		First	MI	Last	DOB
Provider Information:		Screening: Clinic that initiated care	Name: _____	City/Phone Number	
		Diagnostic: Clinic that patient was referred to	Name: _____	City/Phone Number	

Instructions: Please send this form to EWM along with corresponding radiology and/or pathology reports when diagnostic workup is complete.

Ages 18-39

Clinical Breast Exam Suspicious for Breast Malignancy Date: ___/___/___

Screening History:

Results of initial SCREENING mammogram, if applicable: Date: ___/___/___

Screening Mammogram was NOT PERFORMED

BI-RADS 0 - Assessment incomplete

BI-RADS 1, 2, and 3 with a suspicious clinical breast exam

BI-RADS 4 - Suspicious abnormality

BI-RADS 5 - Highly suspicious

Surgical Consultation Physician: _____ Date: ___/___/___

Breast Ultrasound Date: ___/___/___

- Preferred: Referral to surgeon for evaluation and to determine need for u/s
- Acceptable: Breast u/s ordered by Primary Care Provider if no surgeon available

Diagnostic Mammogram Date: ___/___/___

- Client must be at least age 30 to have a Diagnostic Mammogram**
- Diagnostic mammogram alone does not meet standard of care if CBE is suspicious

Repeat Breast Exam Date: ___/___/___

Breast Biopsy type: _____ Date: ___/___/___

Breast MRI for suspected Inflammatory Breast Cancer Date: ___/___/___

Consultation/2nd opinion Date: ___/___/___

FNA OR U/S-Guided Needle Aspiration Date: ___/___/___

Client refused *Initiate: Client Informed Refusal Form/Service Provider Document*

Ages 40-74

Clinical Breast Exam Suspicious for Breast Malignancy Date: ___/___/___

Screening History:

Results of initial SCREENING mammogram, if applicable: Date: ___/___/___

Screening Mammogram was NOT PERFORMED

BI-RADS 0 - Assessment incomplete

BI-RADS 1, 2, and 3 with a suspicious clinical breast exam

BI-RADS 4 - Suspicious abnormality

BI-RADS 5 - Highly suspicious

Surgical Consultation Physician: _____ Date: ___/___/___

Breast Ultrasound Date: ___/___/___

Diagnostic Mammogram Date: ___/___/___

- Diagnostic mammogram alone does not meet standard of care if CBE is suspicious

Repeat Breast Exam Date: ___/___/___

Breast Biopsy type: _____ Date: ___/___/___

Breast MRI for suspected Inflammatory Breast Cancer Date: ___/___/___

Consultation/2nd opinion Date: ___/___/___

FNA OR U/S-Guided Needle Aspiration Date: ___/___/___

Client refused *Initiate: Client Informed Refusal Form/Service Provider Document*

Refer to EWM Coverage of Diagnostic Services for more information at www.dhhs.ne.gov/ewmforms

★ Final Diagnosis:
This section must be completed before sending to EWM

Check one:

Cancer not diagnosed - no treatment necessary

Cancer diagnosed - Please complete Breast Cancer Treatment section on Page 4

Ductal carcinoma in situ Lobular carcinoma in situ Other carcinoma in situ Invasive cancer

Date of final diagnosis or pathology report: ___/___/___

Fax: 402-471-0913 || Mail: Every Woman Matters, P.O. Box 94817, Lincoln, NE 68509-4817 || Questions: 800-532-2227

To view instructions or to print out forms: www.dhhs.ne.gov/EWMforms
Funds for this project were provided through the Centers for Disease Control and Prevention Breast and Cervical Early Detection Program and the Well Integrated Screening and Evaluation for Women Across the Nation Cooperative Agreements with the Nebraska Department of Health and Human Services.

Breast Follow-Up & Treatment Plan

Client Information:	First	MI	Last	DOB
Referral:	Client referred to _____ who will take over care. <small>Clinician/Clinic name and city/phone</small>			
Consultation:	Consultation Date to give client options: _____			
Treatment:	Treatment regimen consists of _____ (lumpectomy, surgery, chemo, radiation, etc.) Treatment Scheduled Date: _____ Treatment Performed Date: _____			
Refusal:	Cancer treatment refused date _____ Client made informed decision: <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Reason for refusal: _____			

Screening MRI Preauthorization Request

EWM reimburses for screening MRI as an adjunct to screening mammogram and CBE for the clients that meet the following criteria, starting at age 25:
Check one of more that apply to the client, and provide appropriate clinical documentation. Fax to: 402-471-0913

Previous personal history of breast cancer

Lifetime risk of 20-25% or greater based on family history using breast cancer tool for women 35+:
[www.cancer.gov/bcrisktool/](https://ibis.ikonopedia.com/) (for women under 35, go to <https://ibis.ikonopedia.com/>)

Client has BRCA1 BRCA2 Other mutation _____ Date of genetic testing: ____/____/____ Date of genetic testing: ____/____/____

First-degree relative with BRCA1 or BRCA2 (parent, brother, sister, child) Relative: _____ Purpose of radiation: _____

Previous Radiation Therapy to chest, between the ages of 10-30 Age: _____

Have Li-Fraumeni syndrome, Cowden syndrome, or Bannayan-Riley-Ruvalcaba syndrome, or have first-degree relatives with one of these syndromes

EWM staff use only. Request approved: Yes No Program signature: _____ Date: ____/____/____ Authorization expires one month after date of signature

Requesting provider information:
 Clinic Name _____
 Phone #: _____
 Fax #: _____

6 Month Follow-Up of Previous Abnormal Finding

Past Results: why does client need follow-up?

6 Month Follow Up: Only for clients 40-74. What are the client's **current** results? Please note follow-up is not reimbursable for clients under 40.

Client reports symptoms: NO YES, list symptoms: _____

DATE: ____/____/____ Clinical Breast Exam Results (check one): Negative/Benign Suspicious for breast malignancy

DATE: ____/____/____ Mammogram Results (check one): Negative Benign Probably Benign

DATE: ____/____/____ Breast Ultrasound Results (check one): Negative Benign Probably Benign

Current Results:

DATE: ____/____/____ Consultation by _____ Clinic Name: _____

DATE: ____/____/____ Biopsy: Type: _____ Results: _____ * Must do new workup on page 3

Name of Clinic: _____ **City:** _____ **Date:** _____