

INSCRIPCIÓN PARA DIAGNÓSTICO

Seguimiento y tratamiento de cáncer cervical para mujeres



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: <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Viudo(a)
	Genero: <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Transgénero <input type="radio"/> Mujer a hombre <input type="radio"/> Hombre a mujer
	¿Cómo te identifica?: <input type="radio"/> Heterosexual <input type="radio"/> Lesbiana <input type="radio"/> Bisexual <input type="radio"/> Homosexual
	Fecha de nacimiento: ___/___/___ No. de Seguro Social: ___-___-___ Lugar de nacimiento _____ <i>Ciudad y estado o país de nacimiento</i>
	Dirección: _____ Número de Apartamento: _____
	Ciudad: _____ Condado: _____ Estado: _____ Código postal: _____
	Número de hogar: (____) _____ Número de trabajo: (____) _____ Número de celular: (____) _____
	¿Método preferido de contacto? <input type="radio"/> Hogar <input type="radio"/> Trabajo <input type="radio"/> Celular
	¿Está bien enviar un mensaje de texto a su teléfono celular? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí, deseo recibir información del programa por correo electrónico. Correo electrónico: _____

ALTERNATIVO CONTACTO	Persona de contacto: _____ Relación al contacto: _____
	Teléfono: (____) _____ <input type="radio"/> Casa <input type="radio"/> Trabajo <input type="radio"/> Celular

DATOS DEMOGRÁFICOS	¿Es usted de origen Latino/Hispano? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> NS*	Nivel de educación más alto realizado:	
	¿Cuál es el idioma principal que se habla en casa? <input type="radio"/> Inglés <input type="radio"/> Español <input type="radio"/> Vietnamita <input type="radio"/> Otro _____	<input type="radio"/> <9 no grado	<input type="radio"/> Algo de escuela secundaria
	¿A qué grupo racial o étnico pertenece? <i>(marque todas las casillas que apliquen)</i>	<input type="radio"/> Se graduó de escuela secundaria o equivalente	<input type="radio"/> Algo de universidad o un nivel mas alto
	<input type="radio"/> Nativo americano/nativo de Alaska Tribu _____	<input type="radio"/> No sabe	<input type="radio"/> No desea responder
	<input type="radio"/> Negro/afroamericano	Cómo se enteró del programa:	
	<input type="radio"/> Mexicanoamericano	<input type="radio"/> Doctor/Clínica	<input type="radio"/> Agencia
<input type="radio"/> Blanco	<input type="radio"/> Periódico/radio/TV	<input type="radio"/> Familia/amigo(a)	
<input type="radio"/> Asiático	<input type="radio"/> Soy cliente actual/anterior	<input type="radio"/> Trabajador de Salud Comunitario	
<input type="radio"/> Isleño del Pacífico o nativo hawaiano	<input type="radio"/> Las Redes Sociales (Facebook/Instagram, etc.)	<input type="radio"/> Otro _____	
<input type="radio"/> Otro _____			
¿Usted es una Refugiada? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> NS* De ser así, de dónde: _____			

HISTORIAL DE SALUD	¿Alguna vez le han hecho a usted alguno de los siguientes exámenes?:	¿Ha tenido usted alguna vez cáncer cervical? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NS* Cuándo: ___/___/___
	Papanicolaou <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> NS* Fecha anterior o previa de la prueba de Papanicolaou ___/___/___ El resultado: <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Anormal <input type="radio"/> NS*	Mamografía <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> NS* Fecha anterior o previa de la mamografía ___/___/___ El resultado: <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Anormal <input type="radio"/> NS*
	Prueba de VPH Fecha anterior o previa de la prueba del VPH ___/___/___ El resultado: <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Anormal <input type="radio"/> NS*	¿Han tenido su madre, hermana o hija alguna vez cáncer de seno? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> NS*
	¿Se le ha realizado a usted una histerectomía <i>(extirpación del útero)</i> ? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> NS*	¿Ha tenido usted alguna vez cáncer de seno? <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NS* Cuándo: ___/___/___
	2a. ¿Se le extirpó la cérvix <i>(cuello uterino)</i> ? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> NS*	
	2b. ¿Se le hizo la histerectomía para tratar el cáncer cervical? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> NS*	

*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;">*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 útero
 - 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 EWN 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>

Cervical Follow-Up and Treatment Plan

Client Information:	First	MI	Last	DOB
Provider Information:	Name: _____ City and Phone #: _____			
	Name: _____ City and Phone #: _____			

Instructions: Please send this form to EWM along with Pap test and colposcopy results when diagnostic workup is complete. Must follow current ASCCP guidelines: www.ASCCP.org

Pap/HPV results: Find the client's result below and mark the date of service for the Pap/HPV and procedure listed directly underneath. If your client's procedure is NOT listed directly underneath the Pap/HPV result, it may not be reimbursable by EWM. Call EWM to discuss.

Co-Testing	HPV	Unsatisfactory	HPV- AS-CUS / LSIL	HPV 16/18 AS-CUS / LSIL	HPV- ASC-H / HSIL	HPV 16/18 ASC-H / HSIL	AGC Any HPV result	Sq. Cell Carcinoma
Date: ___/___/___ <input type="radio"/> Negative Pap	Date: ___/___/___ HPV+ Age 30-39 <input type="radio"/> Repeat HPV testing in 1 year (must re-enroll in State Pap Program if under 40) Age 40+ <input type="radio"/> If HPV 16 or 18 Colposcopy with biopsy DOS: ___/___/___	Date: ___/___/___ <input type="radio"/> HPV unknown or HPV- Repeat cytology in 2-4 months (not eligible for colposcopy) HPV+ Ages 21-29 <input type="radio"/> Repeat cytology in 2-4 months (no HPV test allowed per guidelines) Ages 30+ <input type="radio"/> Colposcopy with biopsy DOS: ___/___/___	Date: ___/___/___ Ages 25-29 <input type="radio"/> Repeat HPV at 1 year Ages 30-65 <input type="radio"/> Repeat co-testing at 1 year	Date: ___/___/___ <input type="radio"/> Colposcopy w/ Biopsy (biopsy results <CIN2 is 2.9% 1-year follow-up) DOS: ___/___/___ <input type="radio"/> Repeat HPV at 1 year interval <input type="radio"/> Repeat HPV at 3 year interval	Date: ___/___/___ <input type="radio"/> Expedited Treatment or Colposcopy with biopsy Acceptable (25-59% CIN3 risk) DOS: ___/___/___ <input type="radio"/> Colposcopy with biopsy recommended (4-24% CIN 3 risk)	Date: ___/___/___ <input type="radio"/> Immediate diagnostic LEEP for Pap and colpo result discrepancy DOS: ___/___/___ <input type="radio"/> Repeat colposcopy in 1 year	Date: ___/___/___ All Subcategories: <input type="radio"/> Colposcopy with biopsy + ECC and <input type="radio"/> Endometrial biopsy* <input type="radio"/> Both to be done on the same day DOS: ___/___/___ Atypical Endometrial Cells: <input type="radio"/> Endometrial and endocervical sampling DOS: ___/___/___ If no endometrial pathology: <input type="radio"/> Colposcopy DOS: ___/___/___	Date: ___/___/___ <input type="radio"/> Treatment referral to OB/GYN Complete page 4: Cervical Cancer Treatment Section
<input type="radio"/> Consultation or second opinion: Physician: _____ Clinic Name: _____ Date of Service: ___/___/___								
<input type="radio"/> Client Refused Initiate: Client Informed Refusal Form/Service Provider Document								

DOS = Date of Service

★ Final Diagnosis:	Check one:
This section must be completed before sending to EWM	<input type="radio"/> Normal/Benign Inflammation; HPV/Condylomata/Atypia; Treatment not indicated / Repeat Pap/HPV or Co-test 1 year <input type="radio"/> Inconclusive Results <input type="radio"/> CIN I <input type="radio"/> CIN II <input type="radio"/> CIN III carcinoma in situ <input type="radio"/> Invasive Cancer
Date of final diagnosis or pathology report: ___/___/___	

Cervical Follow-Up and Treatment Plan

Women under age 40 who require Pap at 1 year as follow-up must enroll in the **Nebraska State Pap Plus Program** in order for this service to be covered. **CIN II or III with no margins involved:** Repeat co-testing at 12 & 24 months.

Client Information:	First	MI	Last	DOB
Cervical Cancer Referral & Treatment				
Referral:	Client referred to _____ who will take over care. <small style="text-align: center;">Clinician/Clinic name and city/phone</small>			
Consultation:	Consultation Date to give client options: _____ <small style="text-align: center;">Consultations can only be reimbursed if provider normally brings clients into the office for consultation</small>			
Treatment:	Treatment regimen consists of _____ (cryotherapy, cone, LEEP, 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: _____			

Age 21-39

Follow Up not covered by Every Woman Matters
Women under 40 who are in need of 12-24 month repeat Pap/HPV must enroll in the
Nebraska State Pap Plus Program in order to have the Pap test covered

6 Month Follow-Up of Previous Abnormal Finding

Age 40-74

Age 40-74

Prior History*:

Prior Pap test date: ____/____/____ Results: _____

<p>CIN II or III with No Treatment Done Observation - colposcopy and cytology at 6 month intervals for 12 months Date: ____/____/____ Results: _____</p>	<p>CIN II or III with margins involved Colposcopy and cytology with ECC Re-evaluated at 4-6 months Date: ____/____/____ Results: _____</p>
---	---

Name of Clinic: _____ Date: ____/____/____
City: _____

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.