Inscripción Diagnóstica de los Senos/Consulta de seguimiento y Plan de Tratamiento para mujeres entre las edades de 18-74

Version: Septiembre 2014

PROVIDER NOTES:

- If client currently enrolled for screening services complete ONLY the name and date of birth on pages 3 and 4.
- Male clients - NOT eligibile for screening or diagnostic procedures.

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

INSTRUCCIONES: Por favor responda cada pregunta y escriba de manera CLARA

INFORMACION DEMOGRAFICA

Primer Nombre: _____ Inicial: _____ Apellido: _____

Nombre de soltera: _____ Estado Civil: ❍Soltero(a) ❍Casado(a) ❍Divorciado(a)

Fecha de nacimiento: el mes/ el día/ el año Genero: ❍Femenino ❍Masculino # de Seguro Social: _____-_____-_____

Dirección: _____ Apt. # _____

Ciudad: _____ El Candado: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

¿Forma preferida de contacto?: ❍Fijo ❍Trabajo ❍Celular
Teléfono fijo: (_____)_____ Teléfono de trabajo: (_____)_____ Celular: (_____)_____

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

En caso de no poderlo(a) contactar directamente a usted:
Persona de contacto: _____ Relación: ❍Pareja ❍Familiar/Amigo ❍Otro_____

Teléfono: (_____)_____ ❍Fijo ❍Trabajo ❍Celular

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado:_____ Código Postal:_____

¿Es usted de origen **Latino/Hispano**? ❍ Sí ❍ No ❍ No sé País de origen: _____
Cuál es el idioma principal que se **habla en casa**? ❍ Ingles ❍ Español ❍ Vietnamita ❍ Otro _____

¿ A que **raza o etnia pertenece**?
❍ Indio Americano/Nativo de Alaska Tribu_____
❍ Negro/Afro-Americano
❍ México-Americano
❍ Blanco
❍ Asiático
❍ Isleño del Pacifico/Hawaiano Nativo
❍ Otro _____
❍ No se

¿ Es usted **Refugiado**? ❍ Sí ❍ No ❍ No sé. En caso de serlo, de donde es usted _____

Grado de **educación** completado: ❍1 ❍2 ❍3 ❍4 ❍5 ❍6 ❍7 ❍8 ❍9 ❍10 ❍11 ❍12 ❍13 ❍14 ❍15 ❍16 ❍16+ ❍GED ❍ No sea ❍ No deseo contestar

Cómo **escucho** acerca del programa: ❍ Doctor/Clínica ❍ Familiar/Amigo ❍Agencia ❍ Periódico/Radio/TV ❍ Soy/Fui Paciente ❍ Trabajador de Salud ❍ Otro_____

INGRESO Y SEGURO MEDICO

Cuando el staff del programa me contacte, será necesario que les muestre prueba de mis ingresos para asegurarnos que estén dentro de los estándares de ingreso indicados. Si mis ingresos rebasan dichos estándares, seré responsable de cubrir el costo de los servicios que reciba.

¿Cuál es su **ingreso familiar**, antes de impuestos? ❍ Semanal ❍ Mensual ❍ Anual Ingreso : $ _____
Por favor note que: Aquellas personas con su propio negocio necesitan indicar su ingreso neto, después de impuestos.

¿**Cuántas personas** viven de este ingreso? ❍1 ❍2 ❍3 ❍4 ❍5 ❍6 ❍7 ❍8 ❍9 ❍10 ❍11 ❍12

¿Tiene **seguro de gastos** médicos? ❍ Sí ❍ No/No cubre esto En caso de Si:
❍ Medicare (personas mayores de 65) ❍ Parte A y B ❍ Solo parte A
❍ Medicaid (cobertura individual total)
❍ Seguro Privado con o sin Suplemento de Medicaid _____

CANCER DE MAMA Y CERVICAL

1. ¿Alguna vez le han realizado alguno de los siguientes exámenes médicos?:
Papanicolaou ❍Sí ❍No ❍No sé Fecha del más reciente ____/____/____Resultados: ❍Normal ❍Anormal ❍No sé

Mamografía *(breast x-ray)* ❍Sí ❍No ❍No sé Fecha del más reciente ____/____/____Resultados: ❍Normal ❍Anormal ❍No sé

2. ¿Le han realizado una **Histerectomía**? (extirpación de la matriz) ❍No ❍Sí ❍No sé

2a. ¿La **Histerectomía** se realizo con el fin de tratar cáncer cervico-uterino? ❍No ❍Sí ❍No sé

3. ¿Su ***madre, hermana o hija***, han padecido de **cáncer de mama**? ❍No ❍Sí ❍No sé

4. ¿Alguna vez ha tenido usted **cáncer de mama**? ❍No ❍Sí ❍No sé Cuando: _____/_____/_____

5. ¿Alguna vez ha tenido usted **cáncer cervico-uterino**? ❍No ❍Sí ❍No sé Cuando: _____/_____/_____

Continúe en la página 2

Autorización para el Acceso y Divulgación de Información Medic

- **Deberá leer las página 2 para poder formar parte del programa Cada Mujer Importa.**
- **NO podrá inscribirse hasta que todas las páginas hayan sido completadas.**

==========

- Quiero ser parte del programa ***Cada Mujer Importa (CMI)*** Sé que:
  - Sólo me pueden hacer estudios de diagnostico de cáncer de mama si tengo menos de 40 años
  - Mi nivel de ingresos no puede ser superior a los estándares de ingreso
  - Si cuento con seguro médico, CMI sólo pagara una vez que la compañía de seguro médico haya pagado
  - Debo pertenecer al género femenino (según lo establecido por ley federal)
  - Puedo notificar a *CMI* cuando no desee pertenecer más al programa.
- Sé que si tengo entre 40 a 74 años de edad, califico para todos los servicios de exámenes de diagnóstico ofrecidos por CMI.
- Sé que si tengo de 40 a 74 años de edad, puedo recibir servicios de exámenes de diagnóstico de cáncer de seno y cáncer cervical, al igual que exámenes de presión sanguínea, colesterol, diabetes y obesidad; si estoy dentro de los estándares de ingresos. Me he informado con mi proveedor de servicios de salud sobre los exámenes de diagnóstico y entiendo los posibles efectos colaterales y las molestias que se pueden presentar.
- Entiendo que podría tener que aumentar mi nivel de actividad física y hacer cambios en mi dieta como parte de la educación que el programa me ofrece. Entiendo, además, que antes de hacer dichos cambios, es recomendable hablar con mi proveedor de servicios de salud sobre las inquietudes o las dudas que pueda tener.
- He hablado con la clínica sobre la forma en que voy a pagar los exámenes y servicios que no sean cubiertos por *CMI*.
- Posiblemente me sea dada información para aprender cómo hacer cambios en mi dieta, incrementar actividad física, y/o dejar de fumar. *CMI* pueden recordarme cuando sea el momento de reservar una cita para hacerme los exámenes de diagnóstico, también pueden enviarme correspondencia con información sobre mi salud.
- Puedo recibir materiales educativos y de prevención y diagnóstico, basados en mi historial médico personal y familiar. Sé que si cambio de dirección y no aviso a *CMI*, no podrán informarme sobre educación y evaluación diagnóstica. 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 dar información a *CMI* sobre los resultados de mis exámenes de cáncer cervical y de seno, exámenes de diagnóstico de enfermedad cardíaca y diabetes, diagnóstico colorectal, exámenes de seguimiento y de diagnóstico en general; al igual que información sobre mis tratamientos a *CMI*.
- Para ayudarme a tomar las mejores decisiones sobre mi salud, *CMI* puede compartir mi historia clínica y médica, incluyendo los resultados de laboratorio, con mis proveedores de servicios de salud.
- Mi nombre, dirección, correo electrónico, número de seguro social y/u otra información personal será usada sólo por *CMI*. Puede ser usada para informarme que necesito exámenes de seguimiento. Ésta información puede ser compartida con otras organizaciones, según se requiera, para poder recibir recursos económicos para tratamiento.
- Otra información puede ser utilizada en estudios médicos aprobados por *CMI* y/o los Centros para la Prevención de Enfermedades (*CDC* por sus siglas en inglés); por parte de investigadores de otras instituciones que buscan ampliar el conocimiento sobre salud masculina y femenina. Estos estudios no usarán nombres propios u otra información personal.

Para poder calificar para CMI, usted debe ser ciudadano de los Estados Unidos o un extranjero calificado de acuerdo al Acta Federal de Migración y Ciudadanía. Por favor indique qué opción aplica en su caso:
Para efectos de cumplir con lo indicado en Neb. Rev. Stat. §§ 4-108 al 4-114, doy fe de que:

❍ Soy un ciudadano de los Estados Unidos

O

❍ Soy un extranjero calificado bajo el Acta Federal de Migración y Ciudadanía. He adjuntado una copia por ambos lados de mis documentos de Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS por sus siglas en inglés) también conocidos como tarjeta de permanente residente.

A través de este medio, declaro que mis respuestas e información provista en esta forma y en cualquier solicitud relacionada con la obtención de beneficios públicos, es verdadera, completa y precisa, y entiendo que esta información puede ser utilizada para verificar mi permanencia legal en los Estados Unidos.

_____

Por favor escriba su nombre *(Nombre, Segundo Nombre, Apellido)* Firma

el mes / el día / el año _____ el mes / el día / el año _____

Fecha en la que firmó Su fecha de nacimiento

Completion of this form is required.

Breast Follow Up & Treatment Plan

First Name	MI	Last Name	Date of Birth month / day / year

Provider Information

Screening Provider	Name	Address	
Diagnostic Provider	Name	Address	Date of Referral month / day / year

Date of Clinical Breast Exam _____/_____/_____ Date of Screening Mammography _____/_____/_____

Age	CBE Findings:	Services Allowable for Reimbursement Based On Findings:
18-29	❑Suspicious CBE (Consultation by surgeon preferred)	❑Surgical Consultation* Date of Service: _____/_____/_____ ❑Breast Ultrasound Date of Service: _____/_____/_____ *(No pre-approval necessary if ordered by a surgeon or radiologist following a diagnostic mammogram in clients 30-39. Please call 1-800-532-2227 if rural area and no surgeon available.)* ❑Fine Needle Aspiration Date of Service: _____/_____/_____ ❑Breast Biopsy type _____ Date of Service: _____/_____/_____ ❑Breast MRI** Date of Service: _____/_____/_____ ****NEEDS PRE-AUTHORIZATION.** *See page 4 for eligibility*
30-39	❑Suspicious CBE or ❑Diagnostic mammography findings (Consultation by surgeon preferred)	

Screening mammogram not covered by EWM for women <40

Age	Screening Mammography Findings:		Services Allowable for Reimbursement Based On Findings:
40-74	❑No Mammography	❑Suspicious CBE	❑Consultation* ❑Repeat Breast Exam Date of Service: ___/___/___ ❑Breast Ultrasound Date of Service: ___/___/___ ❑Fine Needle Aspiration Date of Service: ___/___/___ ❑Breast Biopsy type _____ Date of Service: ___/___/___ ❑Diagnostic Mammogram Date of Service: ___/___/___ *alone does not meet standard of care* ❑Breast MRI** Date of Service: ___/___/___ ****NEEDS PRE-AUTHORIZATION.** *See page 4 for eligibility*
	❑**BI-RADS 0** Needs additional imaging evaluation		❑Comparison of prior films ❑Diagnostic mammogram (CAD is not covered) Date of Service: ___/___/___ ❑Breast Ultrasound Date of Service: ___/___/___ ❑Breast Biopsy type _____ Date of Service: ___/___/___
	❑**BI-RADS 1** - Negative or ❑**BI-RADS 2** - Benign finding	CBE negative	Routine Screening
		CBE suspicious for malignancy	❑Consultation* Date of Service: ___/___/___ ❑Breast Ultrasound Date of Service: ___/___/___ ❑Fine Needle Aspiration Date of Service: ___/___/___ ❑Breast Biopsy type _____ Date of Service: ___/___/___ ❑Breast MRI** Date of Service: ___/___/___ ****NEEDS PRE-AUTHORIZATION.** *See page 4 for eligibility*
	❑**BI-RADS 3** - Probably Benign		Diagnostic mammogram/breast ultrasound at 6 months
	❑**BI-RADS 4** - Suspicious Abnormality or ❑**BI-RADS 5** - Highly suggestive of malignancy		❑Consultation* Date of Service: ___/___/___ Consulting physician: _____ ❑Breast Biopsy type _____ Date of Service: ___/___/___

❑Client refused diagnostic workup Date of refusal ___/___/___ Did client make Informed Decision? ❑Yes ❑No

Procedure Refused _____ Reason Refused _____

❑Consultation* ❑2nd Opinion Date of Service: / /

**Consultations can only be reimbursed if provider normally brings client into the office for consultation.*

REQUIRED!

Mark Final Diagnosis Date or Pathology Report Date: _____/_____/_____

Check One:

❑Cancer not diagnosed, treatment not indicated

❑Inconclusive

❑Cancer Diagnosed ❑Invasive Cancer

❑Ductal carcinoma

❑Lobular carcinoma in situ

Please give name and address of treatment provider on page 4

Clinic Name and Address:

Date form Completed:

/ /

To print or download forms, go to bit.ly/ewmforms

Breast Follow Up & Treatment Plan

First Name	MI	Last Name	Date of Birth month / day / year

Preauthorization for MRI

EWM reimburses for the Screening MRI as an adjunct to screening mammogram and CBE for the following clients any age with high risk of breast cancer. Please check one or more that apply to the client.

❒Lifetime risk 20-25% based on family history, using breast cancer tool: www.cancer.gov/bcrisktool/
❒Known BRCA1 or BRCA2 Date of Genetic Testing ___/___/___
❒First-degree relative with BRCA1 or BRCA2 *(parent, brother, sister, child)* Relative _____ Date of Genetic Testing ___/___/___
❒Previous Radiation Therapy *(to chest, between the ages of 10-30)* Age: _____ Purpose of Radiation: _____

Provider Note: ***Provide copy of appropriate document***

Facility _____ Clinician _____
Attention _____ Provider Phone Number (_____)_____
Provider Fax Number (_____)_____

Program Staff Use ONLY:
Enrollment Date: ____/____/____ EWM Fax: 402-471-0913
Request Approved ❒Yes ❒No Funding Available ❒Yes ❒No
Program Signature _____ Expiration Date: ____/____/____
Date of Signature _____/_____/_____ **Approval is good for one month after Date of Signature*

Breast Cancer Treatment

❒Client referred to another provider who will take over care

Referral Clinician Information - *clinician name, clinic name, city name* *(do not abbreviate clinic name)*

**Consultations can only be reimbursed if provider normally brings clients into the office for consultation.*

❒Consultation* Date ____/____/____ ***To give client treatment options***

Treatment Regimen consist of _____ *(lumpectomy, mastectomy, radiation, chemotherapy, etc*
Date Treatment started/initiated _____/_____/_____ *(date of surgery, chemotherapy, radiation, etc.)*

Complete Treatment Funds Request form if client needs financial assistance

❑Client refused diagnostic workup Date of refusal ____/____/____ Did client make Informed Decision? ❑Yes ❑No
Procedure Refused _____ Reason Refused _____

Breast Cancer Treatment - ***to be completed by the provider who initiated***

_____Date_____
Name and Address of Clinic initiating/completing *(do not abbreviate clinic name)*

Surveillance / Follow Up

History of Prior Breast Screening, Diagnostic Tests and Treatment

Last Clinical Breast Exam Result/Finding _____ Date ____/____/____
Last Screening or Diagnostic Mammogram Result/Finding _____ Date ____/____/____
Last Breast Ultrasound Result/Finding _____ Date ____/____/____
Last Treatment _____ Date ____/____/____

6 Month Follow Up ***(only for clients 40-74)***

❒Client reports symptoms
❒Clinical Breast Exam *(Clinical Breast Exam strongly recommended and reimburseable by EWM)* Date ____/____/____
❒Negative/Benign

❒Mammogram Date ____/____/____
❒Negative/Benign ❒Probably Benign

❒Breast Ultrasound Date ____/____/____
❒Negative/Benign

NOTE: *If client has findings other than negative or benign refer to Page 3 of this form for further required follow up*

Surveillance/Follow Up - ***to be completed by the provider who initiated***

_____Date_____
Name and Address of Clinic initiating/completing *(do not abbreviate clinic name)*

Breast Diagnostic Enrollment/Follow-up & Treatment Plan Instructions

EWM Medical Advisory Board Recommends that EWM follow the 2013 NCCN Guidelines approved by the Center for Disease Control and Detection (CDC). NCCN Guidelines can be found at: www.nccn.org.

Enrollment must be used for:

Women 40+ who have had abnormal screening – if they are currently enrolled and have an abnormal screening, the provider only needs to complete page 3 of the form.

Women under 40 who have had with in the last 6 months a:

a. CBE suspicious for malignancy
b. Diagnostic mammogram, for women 30-39, with findings of:
   - Suspicious Abnormality (SAB)
   - Highly suggestive (MAL)
   - Assessment incomplete (NAE)

Providers review page 1 and 2 for completion by client *(if not completed client is considered not enrolled)*:

Page 1 of the form must be completed with:

- Demographic information
- Income & insurance
- Breast & Cervical History

Page 2 must be completed with:

- Citizenship Status
- Alien Status *(client must provide a copy of their **Permanent Resident Card**)*
- Signature may not be after the date of service in order for services to be reimbursed

All clients must have:

- Current signature on file with EWM for 'Informed Consent and Release of Medical Information'.
- Any new client enrolling for diagnostic services must complete all information on pages 1 and 2 including a current signature and date of signature.
- Any client previously enrolled for screening services more than 12 months must also complete pages 1 and 2.

Providers must complete the following: (DO NOT SUBMIT the form UNLESS ALL OF THESE ITEMS ARE COMPLETE)

1. Make sure the client has completed page 1 and 2 with a signature/date of signature
2. Check the box with the abnormal findings
3. Check the box indicating corresponding diagnostic procedure done and date
4. Check the final diagnosis and date of diagnosis
5. Attach all documents if appropriate (copies of breast ultrasound, diagnostic mammogram, pathology reports on biopsies)
6. Indicate type of treatment if client has cancer diagnosis
7. Fill in the clinic name

6 Month Surveillance and Follow Up (Women 40-74):

1. 6 month follow up for clients with a probably benign result can be found on Page 4.
2. Client Must be enrolled
3. CBE expected before the follow up imaging performed
4. Preauthorization NOT needed

CRITICAL REMINDERS:

- Breast Ultrasound (ages 18-39) does NOT need preauthorization if ordered by a surgeon or radiologist following a diagnostic mammogram (in clients 30-39). Primary providers may order a breast ultrasound if in rural areas as there may not be a surgeon available, verbal pre-approval required please call EWM (phone number on the first page).
- Breast MRI requires pre-approval
- NO old diagnostic forms will be accepted
- Diagnostic procedures must correspond with screening results
- Consultation can only be reimbursed if provider normally brings clients in the office for consultation
- Computer aided detection (CAD) is not covered

- Diagnostic office visit in accordance with the Program Guidelines (see page 25 of the 2014 Women's & Men's Health Provider Contract Manual found at: http://dhhs.ne.gov/publichealth/Documents/EWM_Manual.pdf).