Inscripción Diagnóstica del Cuello de Útero/Consulta de seguimiento y Plan de Tratamiento para mujeres entre las edades de 18-74

Versión: Julio 2013

Se harán los arreglos necesarios para las personas con discapacidades. TDD (800)833-7352. El Departamento De Salud y Recursos Humanos de Nebraska (*DHHS)* provee ayuda gratuita a personas con Capacidad de *Expresión Limitada en el idioma inglés (LEP).*

Por favor escriba claramente. Las casillas sombreadas deben ser rellenadas en las páginas 1 y 2, y se debe firmar la página 2. Rellene lo que mas pueda del resto de esta páginas.

Si el cliente se inscribió anteriormente en los servicios de detección, véase la nota en la parte izquierda del formulario*.

NOTA: Los clientes masculinos no son elegibles para la investigación o los exámenes diagnósticos.

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 || www.dhhs.ne.gov/menshealth || www.dhhs.ne.gov/crc

***Provider:** If client previously enrolled for screening services complete **ONLY** the name, date of birth, phone number, and address on the first page.

Nombre	Inicial	**Apellido**	Apellido de Soltera	Fecha de Nacimiento ___/___/___
Género M / F	Número del Seguro Social	**Dirección**		
Ciudad		**Condado**	**Estado**	**Código Postal**

❑ **Por favor marque la casilla si desea recibir el boletín del cliente o información programática en su correo electrónico.**
Dirección de correo electrónico:

Teléfono de la casa ( )	**Teléfono del trabajo** ( )	**Teléfono celular** ( )

En caso de que no podamos localizarle:
Persona para contactar: _____
Relación: _____ Teléfono: (_____)_____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado:_____ Código Postal:_____

¿Cómo se entero del programa?
☐doctor/clínica ☐familia/amigo ☐agencia ☐periódico/radio/TV
☐auto-referida ☐trabajadora social ☐otro _____

Grado más elevado de educación que completó: *seleccione uno*
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16+

¿De que Raza o Etnia es usted ?
☐India Americana Tribu _____
☐Negra/Afro-Americana
☐Méjico-Americana
☐Blanca
☐Asiática
☐De la Isla del Pacifico
☐Otra_____
☐Desconocida

¿Es de origen Latino/Hispano?
❑Sí ❑No ❑No sé
País de origen _____

¿Cuál es su lengua natal?
❑Inglés ❑Español ❑Vietnamita ❑Otro_____

Se me requerirá mostrar pruebas de que mi ingreso está dentro de los estándares cuando sea contactada por la gente de CMI. Si estoy por encima de los estándares, yo seré responsable de mis gastos.

¿Cuál es su ingreso antes de impuestos?
❑Semanalmente
❑Mensualmente Ingreso: $ _____
❑Anualmente

Por favor tenga en cuenta: *los empleados independientes, deben usar el ingreso neto después de los impuestos.*

¿Cuántas personas viven con este salario?

Tiene:
❑Medicare Parte A y B
❑Medicare Parte A únicamente
❑Medicaid (cobertura completa)
❑Ninguno/Sin cobertura
❑Seguro Privado con o sin Suplemento de Medicaid
(porfavor enlista) _____

¿Es su seguro un HMO? ❑Sí ❑No
(Un HMO es una Organización de la Salud)

CÁNCER DE SENO Y CERVICAL: HISTORIAL MÉDICO PERSONAL Y FAMILIAR

¿Su madre, hermana o hija han tenido cáncer? ❑Sí ❑No ❑No sabe
¿Usted ha tenido cáncer de seno? ❑Sí ❑No ❑No sabe
¿Te han, realizado una histerectomía? ❑Sí ❑No ❑No sabe
Si le realizaron una histerectomía, ¿Fue para tratar el cáncer? ❑Sí ❑No ❑No sabe Fecha ____/____/____

Le han realizado éstas pruebas anteriormente?:
Prueba del Pap_____❑Sí ❑No ❑No sabe Fecha____/____/____
¿Qué dijo el doctor sobre las pruebas realizadas? _____ Resultados: ❑Normal ❑Anormal

Mamografía *(rayos x del seno)*_❑Sí ❑No ❑No sabe Fecha____/____/____
¿Qué dijo el doctor sobre las pruebas realizadas? _____ Resultados: ❑Normal ❑Anormal

DEBES LEER Y FIRMAR AL REVERSO ☞ ☞ ☞

Autorización de Acceso y Divulgación de información Médica

■ **Para pertenecer a *Cada Mujer Importa* usted debe leer las página 2. Sólo será inscrito en los programas cuando haya firmado y puesto la fecha en la página 2.**

==========

- Quiero ser parte del programa ***Cada Mujer Importa (CMI)*** Sé que:
  - ♦ Solamente puedo recibir pruebas diagnósticas del cuello del útero
  - ♦ Mi nivel de ingresos no puede ser superior a los estándares de ingreso
  - ♦ No puedo tener Medicaid, Medicare Parte B, o un HMO
  - ♦ 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 pertenecer a CMI, usted debe ser un residente de Los Estados Unidos o un extranjero calificado bajo la Ley Federal de Inmigración y Naturalización. Por favor señale la opción pertinente.

♦ Con el propósito de cumplir con lo establecido por Neb. Rev. Stat. §§4-108 hasta 4-114, declaro lo siguiente:

❑ Soy ciudadano de Los Estados Unidos.

O

❑ Soy un extranjero calificado bajo la Ley Federal de Inmigración y Naturalización. 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).

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 ciertos, completos, y exactos; y entiendo que esta información puede ser usada para verificar mi permanencia legal en los Estados Unidos.

_____

Nombre en Letra Imprenta (Nombre, Segundo Nombre, Apellido) Firma del Cliente

_____

Fecha / Inscripción Fecha de Nacimiento del Cliente

Cervical Diagnostic Enrollment / Follow Up and Treatment Plan

First Name	Initial	Last Name	Date of Birth ___/___/___

❒Client enrolled for diagnostic testing
❒Client previously enrolled for screening services

Date of Cervical Screening reported in **Section 1** ____/____/____
Date of HPV Testing reported in **Section 1** ____/____/____

SECTION 1 Screening Test

SECTION 2 Diagnostic Workup - *to be completed by the provider performing work up*

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

SECTION 1: Screening - *to be completed by the provider who initiated/completed Section 1*

Date_____

Name and Address of Clinic initiating/completing **SECTION 1** *(do not abbreviate clinic name)*

❒Client Referred to another provider who will take over care.

Date_____

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

Clinic Information	Referral Information	Pap Test Finding	Recommendations	Allowable for Reimbursement
		❒Negative/Benign	Colposcopy with biopsy with visible suspicious cervical lesion	Colposcopy with Endocervical Sampling or Cervical biopsy Date of Service ___/___/___
		❒**ASC-US**, **LSIL** 21-24 persistent 24 mo	Colposcopy with biopsy	
		❒**ASC-H, AGC, HSIL** 21-24	Colposcopy with biopsy ***Immediate treatment is unacceptable*** ***Observation up to 24 mo***	
		❒**ASC-US with +HPV** ≥ 21 yrs	Colposcopy with biopsy	
		❒**LSIL +HPV or LSIL** Unknown HPV ≥30	Colposcopy with biopsy LSIL -HPV is acceptable	Cotesting is preferred at 1 year
		❒**ASC-H** ≥30	Colposcopy with biopsy	Colposcopy with Endocervical Sampling or Cervical biopsy Date of Service ___/___/___
		❒**HSIL** ≥30		
		❒**AGC**-Atypical endometrial cells ≥ 25	**Endometrial biopsy criteria:** ❒Abnormal vaginal bleeding ❒Obesity BMI _____ ❒Polycystic Ovarian Syndrome (PCOS) ❒Other conditions leading to chronic anovulation	❒Endometrial biopsy **Both procedures must be performed same day** ❒Endocervical sampling Date of Service ___/___/___
		❒**AGC** - All categories except atypical endometrial cells (if ≥35 yrs or at risk for endometrial neoplasia)	Endometrial & Endocervical samplings	**All three procedures must be performed on same day** ❒Colposcopy with Endocervical Sampling or Cervical biopsy ❒HPV Testing ❒Endometrial biopsy Date of Service ___/___/___
		❒HPV + Only	Colposcopy with biopsy	Colposcopy with Endocervical Sampling or Cervical biopsy Date of Service ___/___/___
		❒Squamous Cell Carcinoma	Treatment referral to OB/GYN	Complete Section 3

Consultation*/Diagnostic Information ❒Consultation ❒2nd Opinion Date of Service ____/____/____

❒Colposcopy only; **no lesion present** *(expect 98% of clients to have colposcopy with biopsy)* Date of Service ____/____/____

❒Client refused recommended diagnostic work up of _____ ***(Initiate Client Informed Refusal form)***
Client made Informed Decision ❒Yes ❒No

Mark Final Diagnosis Date ____/____/____ or date of Pathology Report *(Must include copy of Pathology Report)*

Check one:

❒Normal/Benign/Inflammation ❒CIN I ❒CIN II ❒CIN III Carcinoma In Situ
❒HPV/Condylomata/Atypia

❒Inconclusive Results Date ____/____/____
❒Treatment Not Indicated

❒Invasive Cancer
Staging: ❒Stage I ❒Stage II ❒Stage III ❒Stage IV ❒Unknown

SECTION 2: Diagnostic

_____ Date of Completion _____/_____/_____
Name and Address of Clinic initiating/completing **SECTION 2** *(do not abbreviate clinic name)*

Cervical Acronyms

ASC-US:	Atypical squamous cells - undetermined significance
LSIL:	Low-grade squamous intraepithelial lesions
ASC-H:	Atypical squamous cells - cannot exclude HSIL
HSIL:	High-grade squamous intraepithelial lesions
AGC:	Atypical glandular cells
AG-NOS:	Atypical glandular cells, not otherwise specified
HPV:	Human papillomavirus
LEEP:	Loop electrosurgical excision procedure

Important Information for Cervical Cytology Follow-Up

- This form reflects **allowable reimbursement** based on the 2012 American Society for Colposcopy and Cervical Pathology (ASCCP) Consensus Guidelines and the recommendations of the Every Woman Matters (EWM) Medical Advisory Committee to deliver the most cost effective public health program.

- **Every Woman Matters Program is following the:**
  - 2012 ASCCP Consensus Guidelines for the Management of Women with Cervical Cytological Abnormalities.
  - 2012 ASCCP Consensus Guidelines for the Management of Women with Cervical Histological Abnormalities.

- The program and the EWM Medical Advisory Committee encourages providers to review the guidelines.
  - See the Cervical Protocols Section in the EWM Program Manual for the **algorithms** of the 2012 ASCCP Consensus Guidelines.
  - See the ASCCP website, www.asccp.org, for the **algorithms** and the article regarding the 2012 ASCCP Consensus Guidelines.

Client Name: _____
Client DOB: ____/____/____

SECTION 3 Treatment *(Treatment for CIN I Colposcopy Results only allowed when previous Pap is > HSIL)*

❒Client referred to another provider who will take over care

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

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

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

Treatment Regimen consist of _____ (cryotherapy, cone, LEEP, etc.)

Date Treatment started/initiated _____/_____/_____ (date of surgery, chemotherapy, radiation, etc.)

Complete Treatment Funds Request form if client needs financial assistance

Client refused treatment ***(Initiate Client Informed Refusal form)*** **Client made Informed Decision** ❒**Yes** ❒**No**

Treatment recommended _____ Reason for refusal _____

SECTION 3: Treatment - ***to be completed by the provider who initiated/completed Section 3***

_____Date_____

Name and Address of Clinic initiating/completing **SECTION 3** *(do not abbreviate clinic name)*

SECTION 4 Surveillance / Follow Up

Pre-authorization for **6 Months** Follow Up *(Approved pre-authorization form must be attached to claim)*

Any other situations that follow the 2012 ASCCP Consensus Guidelines not indicated on this form must have ***pre-authorization*** *(i.e., HSIL result and ≤CIN I, request colposcopy with biopsy, endocervical sampling and cytology in six months.) The program averages less than 50 cases a year that would require pre-authorization.*

• Before you contact EWM for pre-authorization, please check your request to confirm that it follows the 2012 ASCCP Consensus Guidelines.

History of Prior Cervical Screening, Diagnostic Tests, and Treatment

Last Pap Result/Finding _____ Date ____/____/____

Last HPV Result/Finding _____ Date ____/____/____

Last Colposcopy with biopsy Diagnosis _____ Date ____/____/____

Last Treatment _____ Date ____/____/____

❒According to 2012 ASCCP Consensus Guidelines Requested Date ____/____/____

Estimated Date of Service ____/____/____

Facility _____ Clinician _____

Attention _____ Provider Phone Number (_____)_____

Provider Fax Number (_____)_____

If procedure approved, please indicate Date of Service and Results: (Check Procedure Requested)

❒Cytology	Date ____/____/____	❒Negative/Benign
❒Pelvic Exam	Date ____/____/____	❒Negative/Benign
❒HPV Testing	Date ____/____/____	❒Negative/Benign
❒Colposcopy with Biopsy	Date ____/____/____	❒Negative/Benign
❒Endocervical Sample	Date ____/____/____	❒Negative Benign
❒Cold Knife Cone	Date ____/____/____	❒Negative/Benign

When results are received for other than negative/benign for any of the above, refer to Section 1 & 2 of this form for further required follow up.

Program Staff Use ONLY

Request Approved ❒Yes ❒No EWM Fax: 1-402-471-0913

Program Signature _____

Date of Signature ____/____/____ **Approval is good for* ***six months*** *after Date of Signature*

FORM INSTRUCTIONS

Instructions on how to complete the Cervical Diagnostic Enrollment / Follow Up and Treatment Plan:

- **Use this form for all:**
  - Abnormal Pap Test findings *(ASC-H, Low Grade and High Grade SIL, Squamous Cell Cancer, AGC)*
  - Suspicious Pelvic exams *(suspicious cervical lesion, polyp is not considered suspicious for cervical cancer if Pap is negative)*
  - Positive HPV

- **If client has <u>never</u> been enrolled and is now in need of diagnostic test(s):** Have client complete Pages 1 and 2 of the form.

- **If client was screened on the EWM Program <u>OR</u> if client was previously enrolled for diagnostic services only and is 40-74:** a) Have client complete **ONLY** the name, date of birth and address on the first page. b) if client is **21-39** and is enrolling for diagnostic services have client complete pages 1 and 2 of the form.

- This form reflects allowable reimbursement based on the 2012 American Society for Colposcopy and Cervical Pathology (ASCCP) Cervical and Histological Guidelines ***(The link to ASCCP Guidelines may be found at <u>www.dhhs.ne.gov/womenshealth/ewm/ewmproviders.htm</u> or <u>www.asccp.org</u>)***.

- This form reflects allowable reimbursement based on the recommendations of the EWM Medical Advisory Committee to deliver the most cost effective public health program.

How to Complete the Form:

- Enter the Client Name and Date of Birth located in gray shaded box above Sections 1 and 2.
- Enter the date of the cervical screening that you are reporting in Section 1.
- Please check the appropriate box in Section 1 that gives the Screening Results.
- Please follow across to the right of Section 1 to choose the appropriate Diagnostic Test(s) and final diagnosis in Section 2.
- Section 3 gives you Treatment options.
- Section 4 is for Surveillance and Follow Up.

SECTION 1: To be completed by the provider regarding screening test(s).

- If client is enrolling for diagnostic tests only, the abnormal screening test should be no more than 6 months prior to enrolling.
- Please check the box for appropriate Pap test result.
- Complete the gray shaded on the left side of the page for referral to another provider.
- Screening Provider needs to enter name and address of the clinic completing Section 1.
- After Section 1 is complete and there is no referral, proceed to Section 2.
- For a referral, complete the referral provider information and send this form with the client to the referral provider.

SECTION 2: To be completed by the provider regarding diagnostic test(s).

- Complete Section 2 by marking the box for the diagnostic test, consultation, second opinion, client refuses diagnostic work up, etc. Example: Pap result of ASC-H in Section 1, straight across to the right in Section 2 are the appropriate diagnostic tests for ASC-H Pap results. Check the box of the procedure/test.
- Mark Inconclusive Results in Section 2.
- Mark final diagnosis in Section 2. This needs to be completed before it is sent to EWM.
- If client returns for clinic visit to receive options for diagnostic procedure/test, Consultation, or 2nd Opinion, that is found to the right of "Consultation/Diagnostic Information."
- If client refused diagnostic work up, please initiate the Client Refusal Form, check Yes or No as to whether she made an informed decision, the procedure she refused and the reason why.
- Diagnostic Provider needs to enter name and address of the clinic completing Section 2.

SECTION 3: To be completed by the provider regarding treatment.

- Please check the appropriate box for referral to another provider and enter provider name and address.
- If there is a consultation prior to treatment to give client treatment options, please check the consultation box and the date of the consult.
- If you are the treating provider, please complete the treatment information.
- If client refused treatment, please initiate the Client Refusal Form, check Yes or No as to whether she made an informed decision, the procedure she refused and the reason why.
- Enter treatment and date (i.e. surgery, chemotherapy, radiation, etc.) was initiated/started.
- Treatment Provider needs to enter name and address of the clinic completing Section 3.

SECTION 4: To be completed by the provider regarding surveillance/follow up.

- Any other situations that fall under the 2012 ASCCP guidelines not indicated on this form must have prior approval.
- Before you contact EWM for pre-authorization, please check your request to confirm that it follows the 2012 ASCCP Guidelines.
- Report the client history of prior cervical screening, diagnostic tests, or treatment.
- Request preauthorization for 6 month follow up. Enter recommended follow up test according to 2012 ASCCP guidelines.
- Approval request section to be completed by program staff only.
- Report findings if negative or benign. For other results refer to Section 1 and/or 2 for further required follow up.
- If 2012 ASCCP Guidelines indicate cytology at 6 months and 12 months or HPV testing at 12 months, EWM will **ONLY** pay for HPV testing at **12 months**.