

Información sobre Inscripciones de la Oficina de la Salud para Mujeres y Hombres

para el Programa Cada Mujer Importa y el Programa para la Detección de Cáncer de Colon de Nebraska

Exámenes de cáncer cervical y cáncer de seno:

Cubre: *mujeres entre 40 y 74 años de edad*

- Examen clínico del seno (CBE, por sus siglas en inglés)
- Mamografías
- Examen de la pelvis y Papanicolaou

Examen cardiovascular y de diabetes

Cubre: *mujeres entre 40 y 74 años de edad*

- Chequeo de presión sanguínea
- Chequeo de colesterol
- Chequeo del azúcar (glucosa) en la sangre

Examen para la detección de Cáncer de Colon

Los servicios para: *hombres y mujeres de Nebraska entre 50 y 74 años de edad*

- Examen de detección de sangre en materia fecal (FOBT, por sus siglas en inglés) o
- Colonoscopia – si califica

Servicios de Prevención en Salud

Cubre: *todos los clientes*

- Información sobre salud y bienestar
- Acceso a la línea gratuita de asistencia para dejar de fumar:
Nebraska Tobacco Quitline - 1.800.784.8669 o QuitNow.ne.gov

Oficina de la Salud para Mujeres y Hombres
Programa Cada Mujer Importa
Programa de Detección de Cáncer de Colon de Nebraska
301 Centennial Mall South - P.O. Box 94817
Lincoln, NE 68509-4817
Línea gratuita: 800.532.2227
En Lincoln: 402.471.0929
Fax: 402.471.0913
Sitios Web: www.dhhs.ne.gov/womenshealth
www.dhhs.ne.gov/menshealth
www.dhhs.ne.gov/crc

Cada Mujer Importa/Programa para la Detección de Cáncer de Colon de Nebraska Inscripción

*Para usar este formulario debe tener de 40 a 74 años de edad

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).



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

Versión: Julio 2011

CLIENTES:

- Lean, completen, firmen y escriban la fecha en las páginas 2 a 4.
- Todas las áreas sombreadas en gris se deben completar.
- Ustedes no serán inscritos a menos que estas páginas estén completas.



Usted **NO** califica para recibir los servicios de los Programas Cada Mujer Importa (CMI) y Detección de Cáncer de Colon de Nebraska (NCP) si:

- Es menor de 40 años (CMI)
- Es menor de 50 años (NCP)
- Es mayor de 74 años
- Tiene Medicaid, Medicare Parte B u Organización para el Cuidado de de la Salud, (HMO por sus siglas en inglés)
- Tiene un nivel de ingresos superior a los estándares (Para ver los estándares del nivel de ingresos consulte www.dhhs.ne.gov/womenshealth/ewm)

Si usted es menor de 40 años de edad o mayor de 74 años de edad, hable con su proveedor de servicios de salud acerca de cuáles servicios de prevención son apropiados para usted.

PARA EL PROGRAMA DE DETECCIÓN DE CÁNCER DE COLON DE NEBRASKA (SÓLO para hombres y mujeres de Nebraska entre los 50 y 74 años):

- El cliente no califica para servicios de detección de cáncer de colon a menos que haya devuelto los formularios a la oficina central y el personal clínico los haya revisado. Una vez que la clínica revise la información, se notificará al cliente si es elegible para los servicios del Programa de Detección de Cáncer de Colon de Nebraska y al tipo de examen de colon al que califica. El cliente debe tener un médico de cabecera. Los resultados de los exámenes se le enviarán al cliente y al proveedor de servicios médicos.

Nombre		Inicial	Apellido		Apellido de Soltera	Fecha de Nacimiento
Género M / F	Número del Seguro Social		Dirección			
Ciudad			Condado	Estado	Código Postal	
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? <input type="checkbox"/> doctor/clínica <input type="checkbox"/> familia/amigo <input type="checkbox"/> agencia <input type="checkbox"/> periódico/radio/TV <input type="checkbox"/> auto-referida <input type="checkbox"/> trabajadora social <input type="checkbox"/> otro _____		
¿De que Raza o Etnia es usted ? <input type="checkbox"/> India Americana Tribu _____ <input type="checkbox"/> Negra/Afro-Americana <input type="checkbox"/> Méjico-Americana <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> De la Isla del Pacifico <input type="checkbox"/> Otra _____ <input type="checkbox"/> Desconocida				Grado más elevado de educación que completó: <i>seleccione uno</i> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16+		
				¿Es de origen Latino/Hispano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé País de origen _____		
				¿Cuál es su lengua natal? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro _____		
<i>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.</i>						
¿Cuál es su ingreso antes de impuestos? <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente Ingreso: \$ _____ <input type="checkbox"/> Anualmente <i>Por favor tenga en cuenta: los empleados independientes, deben usar el ingreso neto después de los impuestos.</i>				Tiene: <input type="checkbox"/> Medicare Parte A y B <input type="checkbox"/> Medicare Parte A únicamente <input type="checkbox"/> Medicaid (cobertura completa) <input type="checkbox"/> Ninguno/Sin cobertura <input type="checkbox"/> Seguro Privado con o sin Suplemento de Medicaid (porfavor enlista) _____		
¿Cuántas personas viven con este salario?				¿Es su seguro un HMO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Un HMO es una Organización de la Salud)		

Autorización de Acceso y Divulgación de información Médica

Versión: Julio 2011

- Para pertenecer a *Cada Mujer Importa* y al Programa de Detección de Cáncer de Colon de Nebraska, usted debe leer las páginas 3 a 4. **Sólo será inscrito en los programas cuando haya firmado y puesto la fecha en la página 4.**

CADAMUJERIMPORTA (MUJERES)	PROGRAMA DE DETECCIÓN DE CÁNCER DE COLON DE NEBRASKA (HOMBRES y MUJERES)
<ul style="list-style-type: none">* Quiero ser parte del programa <i>Cada Mujer Importa (CMI)</i> Sé que:<ul style="list-style-type: none">* Debo tener entre 40 y 74 años de edad para recibir los servicios* 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 <i>CMI</i> 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 <i>CMI</i>. * 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 <i>CMI</i>.	<ul style="list-style-type: none">➤ Quiero ser parte del Programa de Detección de Cáncer de Colon de Nebraska (NCP) por sus siglas en inglés). Sé que:<ul style="list-style-type: none">➤ Debo tener de 50 a 74 de edad para recibir los servicios (<i>sin excepciones</i>)➤ Mi nivel de ingresos no puede sobrepasar los estándares establecidos➤ No debo tener <i>Medicaid, Medicare</i> Parte B, o un <i>HMO</i>➤ Debo inscribirme en <i>NCP</i> cada año➤ Debo tener un médico de cabecera➤ Puedo notificar a <i>NCP</i> cuando no desee pertenecer más al programa➤ Debo ser residente de Nebraska ➤ Si soy elegible para participar, entiendo que <i>NCP</i> puede revisar mi historia médica para decirme a cuales exámenes califico. ➤ Con base en mi historial médico y el tipo de examen al que califico, sé que <i>NCP</i> puede suministrarme el kit de utensilios para tomar la muestra de materia fecal en casa, (<i>FOBT</i> por sus siglas en inglés) y/o ayudarme a pedir una cita para una colonoscopia. Si estoy inscrito en el programa y recibo el kit de utensilios de <i>FOBT del programa</i>, y el resultado de mi examen es positivo, me pueden hacer una colonoscopia de seguimiento.<ul style="list-style-type: none">➤ Si se me hace una colonoscopia a través de <i>NCP</i> entiendo que debo pagar el 10% del costo.➤ Entiendo que mis pagos van a servir para ayudar a otras personas con los gastos de Colonoscopia por intermedio de <i>NCP</i>. ➤ Hablaré con mi proveedor de servicios de salud sobre los exámenes de diagnóstico de cáncer de colon para informarme sobre los posibles efectos colaterales o molestias que se puedan presentar. ➤ Hablaré con la clínica sobre la forma de pago de los exámenes que no sean cubiertos por <i>NCP</i>. ➤ Entiendo que <i>NCP</i> no pagará el tratamiento si se me diagnostica cáncer de colon. El personal de <i>NCP</i> me podrá asesorar para que busque recursos para el tratamiento.

Por favor continúe en la página 4. **Usted debe firmar esa página.**

Autorización de Acceso y Divulgación de información Médica

(Continuación)

Versión: Julio 2011

- ◆ Posiblemente me sea dada información para aprender cómo hacer cambios en mi dieta, incrementar actividad física, y/o dejar de fumar. *CMI/NCP* 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/NCP*, 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/NCP* sobre los resultados de mis exámenes de cáncer cervical y de seno, exámenes de diagnóstico de enfermedad cardíaca y diabetes, diagnóstico colon-rectal, exámenes de seguimiento y de diagnóstico en general; al igual que información sobre mis tratamientos a *CMI/NCP*.
- ◆ Para ayudarme a tomar las mejores decisiones sobre mi salud, *CMI/NCP* puede compartir mi historia clínica y médica, incluyendo los resultados de laboratorio, con mis proveedores de servicios de salud.
- ◆ Mi nombre, dirección, número de seguro social y/u otra información personal será usada sólo por *CMI/NCP*. 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/NCP* 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/NCP, 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