INSCRIPCIÓN PARA DIAGNÓSTICO

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

Every Woman Matters — NEBRASKA — Good Life. Great Mission. — DEPT. OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

Rev. December 2016

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.
- Male clients - NOT eligible for screening or diagnostic procedures

¡Por favor responda cada pregunta en LETRA IMPRENTA legible!

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Primer nombre: _____ **Inicial segundo nombre:** ____ **Apellido:** _____

Apellido de soltera: _____ **Estado civil**: ❍Soltera ❍Casada ❍Divorciada

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

Dirección: _____ **Apt. #** _____

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

¿Método preferido de contacto? ❍Hogar ❍Trabajo ❍Celular

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

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

CONTACTO DE EMERGENCIA

Persona de contacto: _____ **Relación:** _____

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

Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

DATOS DEMOGRÁFICOS

¿Es de origen latino o hispano?
❍Sí ❍No ❍No sabe

¿Cuál el idioma principal que se habla en su hogar?
❍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
❍Mexicoamericano
❍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: ❍1 ❍2 ❍3 ❍4 ❍5 ❍6 ❍7 ❍8 ❍9 ❍10 ❍11 ❍12 ❍13 ❍14 ❍15 ❍16 ❍16+ ❍GED
❍No sabe ❍No desea responder

Cómo se enteró del programa:
❍Doctor/Clínica
❍Agencia
❍Periódico/radio/TV
❍Familia/amigo
❍Soy cliente actual/anterior
❍Trabajador de salud en la comunidad
❍Otro _____

HISTORIAL DE SALUD

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

Papanicolaou ❍Sí ❍No ❍NS*
Fecha del más reciente ____/____/____
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*

❍No ❍Sí ❍NS* Cuándo: _____/_____/_____

¿Ha tenido **usted** alguna vez cáncer cervical?

Mamografía ❍Sí ❍No ❍NS*
Fecha de la más reciente ____/____/____
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*

Continúe a la página 2

Llene la siguiente sección... lea la autorización... marque una casilla... luego firme y ponga fecha, y ¡acabó!

INGRESOS Y SEGURO MÉDICO

Cuando el personal del programa se comunique conmigo me pedirá mostrar comprobantes de que mi ingreso está dentro los lineamientos de ingresos del programa. Si se determina que mis ingresos están por encima de los lineamientos, seré responsable de las facturas por los servicios recibidos.

¿Cuál es su **ingreso familiar**, antes de impuestos? ❍Semanal ❍Mensual ❍Anual Ingresos: $ _____

Por favor fíjese: empleados por cuenta propia deben anotar el ingreso neto después de impuestos.

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

¿Ud. tiene **seguro** médico? ❍Sí ❍Ninguno/sin cobertura

Si dijo **sí**, es: ❍Medicare (para las personas de 65 años y más)
❍Solo Parte A
❍Parte A y B
❍Medicaid (cobertura total para usted)
❍Seguro Privado con o sin Suplemento de Medicaid ***(anote por favor)***
_____

Los clientes con cobertura de seguro de salud PODRÍAN SER ELEGIBLES AÚN para servicios de diagnósticos.

Autorización de acceso y divulgación de información médica

■ **Usted debe leer y firmar esta página para ser parte del programa *Every Woman Matters*.** Versión: Noviembre 2016

==========

- 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.
  - Mi nivel de ingresos no puede sobrepasar los estándares establecidos
  - 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

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.

Con el propósito de cumplir con lo establecido por el Est. Rev. Neb. §§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 USCIS. **(ejemplo: tarjeta de residente permanente)**

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.

FIRME Y PONGA FECHA

_____

Nombre en letra imprenta (primero, segundo, apellido) Su firma

mes / día / año mes / día / año

Fecha Su fecha de nacimiento

Breast Follow-Up & Treatment Plan

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

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 EWM this form along with corresponding radiology and/or pathology reports when diagnostic workup is complete.--

Ages 18-39

Screening history:

Clinical Breast Exam Date: __/__/__

☐ Normal/Benign ☐ Suspicious for breast malignancy

Diagnostic workup:

☐ Surgical Consultation Date: __/__/__
Physician: _____

- If CBE is suspicious, EWM encourages surgical consult before radiology services

☐ 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
- Computer Aided Detection (CAD) is not covered
- Diagnostic mammogram **alone** does not meet standard of care if CBE is suspicious

☐ Repeat Breast Exam Date: __/__/__
☐ Breast Biopsy type: _____ Date: __/__/__
☐ Breast MRI requires pre-approval See page 4 Date: __/__/__
☐ Consultation/2nd opinion Date: __/__/__
☐ Cytology of breast discharge Date: __/__/__
☐ Client refused Initiate: Client Informed Refusal Form/Service Provider Document

See table of reimbursable procedures on page 6 to verify coverage

Ages 40-74

Screening history:

Clinical Breast Exam Date: __/__/__

☐ Normal/Benign ☐ Suspicious for breast malignancy

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

☐ BI-RADS 0 – Assessment incomplete
☐ BI-RADS 1 – Negative ☐ BI-RADS 2-Benign finding
☐ BI-RADS 3 – Probably benign
☐ BI-RADS 4 - Suspicious abnormality ☐ BI-RADS 5 – Highly suspicious
☐ Screening Mammogram was NOT PERFORMED

Diagnostic workup:

☐ Surgical Consultation Date: __/__/__
Physician: _____
☐ Breast Ultrasound Date: __/__/__
☐ Diagnostic mammogram Date: __/__/__

- Computer Aided Detection (CAD) is not covered
- Diagnostic mammogram **alone** does not meet standard of care if CBE is suspicious

☐ Repeat Breast Exam Date: __/__/__
☐ Breast Biopsy type: _____ Date: __/__/__
☐ Breast MRI requires pre-approval See page 4 Date: __/__/__
☐ Consultation/2nd opinion Date: __/__/__
☐ Cytology of breast discharge Date: __/__/__
☐ Client refused Initiate: Client Informed Refusal Form/Service Provider Document

★ **Final Diagnosis:** This section must be completed before sending in.	**Date** of final diagnosis or pathology report: ____/____/_____	**Check one:** ☐ Cancer **not** diagnosed – no treatment necessary	☐ **Cancer diagnosed** – Please fill out Breast Cancer Treatment section on page 4 ☐ Ductal carcinoma in situ ☐ Lobular carcinoma in situ ☐ Other carcinoma in situ ☐ Invasive cancer
	Clinic name:		**Date:**

- **Fax to 402-471-0913** or mail to Every Woman Matters, PO Box 94817 Lincoln, NE 68509-4817
- **Call us with any questions at 1-800-532-2227.** ★ Print out forms online at www.dhhs.ne.gov/ewmforms

Treatment Plan - **3**

Breast Follow-Up & Treatment Plan

Client information:	First Name	MI	Last Name	DOB

Breast Cancer Referral & Treatment (see page 5 bottom right)

Referral:	Client referred to _____ who will take over care. Clinician and clinic name and city and phone
Consultation:	Consultation Date to give client options _____
Treatment:	Treatment regimen consists of _____(lumpectomy, surgery, chemo, radiation, etc) Treatment date _____
Refusal:	Cancer treatment refused date _____ Client made informed decision yes/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 or more that apply to the client, and **provide appropriate clinical documentation**. Fax to 402-471-0913

- ☐ Lifetime risk of 20-25% or greater based on family history using the breast cancer tool for women 35+: www.cancer.gov/bcrisktool/
  For women under 35, go to www.crahealth.com/risk-express or call us to run risk report.
- ☐ Known BRCA1 or BRCA2 mutation
  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: _____
- ☐ Have Li-Fraumeni syndrome, Cowden syndrome, or Bannayan-Riley-Ruvalcaba syndrome, or have first-degree relatives with one of these syndromes.

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

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

Follow-up of Previous Abnormal Finding

Past results: why does client need follow-up? →

Last Clinical Breast Exam Result/Finding: ☐Negative/Benign ☐Suspicious for breast malignancy Date _____
Last Screening or Diagnostic Mammogram Result: _____ Date _____
Last Breast Ultrasound Result:_____ Date_____
Last Treatment _____ Date _____

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.

Current results: →

- **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):
  ☐Assessment Incomplete ☐Negative ☐Benign ☐Probably Benign ☐Suspicious Abnormality* ☐Highly Suspicious for Malignancy*
- **DATE:** __/__/____ **Breast Ultrasound** Results (check one):
  ☐Assessment Incomplete ☐Negative ☐Benign ☐Probably Benign ☐Suspicious Abnormality* ☐Highly Suspicious for Malignancy*
- **DATE:** __/__/____ **Consultation by** _____ Clinic Name_____
- **DATE:** __/__/____ **Biopsy:** Type_____ Results: _____

**Must do new workup on page 3*

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

Referral, MRI Request & Follow-up - 4

Instructions

About this form: This form is to be used ONLY for women with an **abnormal breast exam** or **abnormal screening mammogram** that are in need of further testing to diagnose whether or not breast cancer is present.

Your client does not have to be currently enrolled in our program to use this form. **This form can be used to enroll clients ages 18-74 in Every Woman Matters to cover diagnostic testing** as long as they 1) meet our income guidelines and 2) are US citizens or have a Permanent Residency card. Call us at 1-800-532-2227 or check our website for current income guidelines. http://dhhs.ne.gov/PublicHealth/EWM/Pages/Home.aspx

What providers need to do:

Review pages 1 and 2 for completion by client

- **If not completed, the client cannot be enrolled.** If the client is currently enrolled and recently filled out a Healthy Lifestyle Questionnaire, pages 1 and 2 don't need to be completed or returned. Call if you are not sure.

Page 1 must be completed with:

- Contact information
- Demographics
- Breast and cervical history

Page 2 must be completed with:

- Income and insurance
- Citizen Status or Alien Status (client must provide a copy of their Permanent Resident Card)
- Signature (date of signature must be date of first service for it to be reimbursed)

Complete page 3

This can be filled out by any member of the health care team

- **Do NOT SUBMIT unless ALL OF THESE ITEMS ARE COMPLETE**:
  - Check the box with the abnormal findings and the box indicating corresponding diagnostic procedure done and date
  - Check the **final diagnosis and date of diagnosis**
- Fill in the clinic name

Attach documentation

- **Please remember to attach all clinical documentation** if appropriate (copies of breast ultrasound, diagnostic mammogram, pathology reports on biopsies). Form may be returned to you if documentation isn't included.

Guidelines for Reimbursement: The Every Woman Matters Medical Advisory Board Recommends that we follow the 2015 NCCN Guidelines approved by the Centers for Disease Control and Prevention (CDC). NCCN guidelines can be found at www.nccn.org. Refer to reverse side for a table of reimbursable procedures.

CRITICAL REMINDERS:

- Providers must follow 2015 NCCN guidelines **--Breast MRI requires pre-approval (see page 6 middle row)--**
- We only accept diagnostic forms printed July 2014 or later (see top right corner of front sheet)
- 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

Clients who need surveillance/follow-up from a previous abnormal ultrasound or mammogram:

- Follow-up is reimbursable only for clients ages 40-74
- Client must be enrolled. Call if you are not sure.
- Pre-authorization not needed, but must follow NCCN guidelines.
- CBE expected before the follow-up imaging performed
- Complete "Follow-Up of Previous Abnormal Finding" section, page 4

If client gets diagnosed with breast cancer:

- Indicate type of treatment and where client is being referred to by completing page 4 – Breast Cancer Referral & Treatment.
- Fill out Treatment Funds Request Form to access treatment funds
- Client may be eligible for Nebraska Medicaid for cancer treatment. Call us for more information.

EWM Coverage of Diagnostic Services

Coverage is determined by the age of the client and the results of screening, following guidelines from NCCN.

Procedures covered for women 18-39:

- Screening mammogram not covered by EWM for women <40

Age	CBE Findings:	Services Allowable for Reimbursement Based On Findings:
18-29	Suspicious CBE (Consultation by surgeon preferred)	Surgical Consultation (can only be reimbursed if provider normally brings clients in the office for consultation) Breast Ultrasound Fine Needle Aspiration Breast Biopsy Cytology of breast discharge Breast MRI: NEEDS PRE-AUTHORIZATION. See page 4 for eligibility
30-39	Suspicious CBE (Consultation by surgeon preferred)	Same as list above, can also get diagnostic mammogram

Procedures Covered for women ages 40-74:

- If the client did NOT have a screening mammogram, just had a breast lump or other cause for concern, see th first row ("No Screening Mammogram and Suspicious CBE").
- If she had a screening mammogram, see the column to the right of the results of the screening mammogran (BI-RADS 0-5) to determine if services are covered.

Age	SCREENING Mammogram Findings:		Services Allowable for Reimbursement Based On Screening Results:	
40-74	**No Screening Mammogram and Suspicious CBE (palpable mass, etc)** See Diagnostic mammogram findings ->		Diagnostic mammogram **BI-RADS 0-3**	Breast Ultrasound is required (diagnostic mammography alone misses 15-20% of tumors)
			Diagnostic mammogram **BI-RADS 4, 5**	Fine Needle Aspiration Breast Biopsy Breast MRI: 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) Breast Ultrasound Breast Biopsy	
	BI-RADS 1 –Negative or **BI-RADS 2** – Benign finding	**CBE negative**	Routine Screening	
		CBE suspicious for malignancy	Consultation (can only be reimbursed if provider normally brings clients in t office for consultation) Breast Ultrasound Fine Needle Aspiration Breast Biopsy Cytology of breast discharge Breast MRI: NEEDS PRE-AUTHORIZATION. See page 4 for eligibility	
	BI-RADS 3 – Probably Benign		Diagnostic mammogram at 6 months, then every 6-12 months for 2-3 years	
	BI-RADS 4 – Suspicious Abnormality or **BI-RADS 5** –		Consultation (can only be reimbursed if provider normally brings clients in t office for consultation)	