INSCRIPCIÓN PARA DIAGNÓSTICO

Seguimiento y tratamiento de cáncer cervical para mujeres de 21-74

Every Woman Matters — Nebraska Office of Women's Health

Versión: Diciembre 2016

NEBRASKA Good Life. Great Mission. DEPT. OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

301 Centennial Mall South - P.O. Box 94817 Lincoln, NE 68509-4817
1-800-532-2227 Fax: 402-471-0913
www.dhhs.ne.gov/womenshealth

Se hacen adaptaciones razonables para personas con discapacidades. **TDD (800) 833-7352** DHHS de Nebraska provee ayuda con el idioma sin costo alguno para las personas que solicitan nuestros servicios.

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.

¡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*

¿Ha tenido **usted** alguna vez cáncer cervical?
❍No ❍Sí ❍NS* Cuándo: _____/_____/_____

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: Diciembre 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

Cervical Follow-Up and 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 and Phone #
	Diagnostic: Clinic that patient was referred to	Name	City and Phone #

Instructions: Please send EWM this form along with Pap test and colposcopy results when diagnostic workup is complete. Must follow 2014 ASCCP guidelines.

Pap results: Find the client's Pap test result below and mark the date of service for the Pap and procedure listed directly underneath.

If your client's procedure is NOT listed directly underneath their Pap result, it may not be reimbursable by our program. Call us to discuss.

Negative Date _____	Unsatisfactory Date _____	ASC-US Date _____	LSIL Date _____	ASC-H Date _____	HSIL Date _____	AGC Date _____	Sq. Cell Carcinoma
With cervical lesion ☐ Colposcopy with biopsy Date of service: ___/___/___ **HPV+ ages 30+** ☐Repeat co-testing @1 year (must re-enroll in State Pap Program if under 40) ☐ Colposcopy with biopsy **IF HPV 16 or 18 positive** Date of service: ___/___/___	**HPV unknown or HPV-** Repeat cytology in 2-4 months. *Not eligible for colposcopy.* ---------- **HPV+** Ages 21-29: Repeat cytology in 2-4 months, no HBV test allowed per guidelines Ages 30+ ☐ Colposcopy with biopsy Date of service: ___/___/___	**Ages 21-24:** Repeat Cytology in 12 months. Must re-enroll in the State Pap Program. *Not eligible for colposcopy* **Ages 25-74:** **HPV unknown:** Preferred: do HPV testing Acceptable: Repeat cytology at 1 year ---------- **HPV negative:** Repeat co-testing in 3 years ---------- **HPV positive:** ☐ Colposcopy with biopsy Date of service: ___/___/___	**Ages 21-24:** Repeat Cytology in 12 months. Must re-enroll in the State Pap Program. *Not eligible for colposcopy* **Ages 25-74:** **HPV negative:** Preferred: Repeat co-testing in 1 year Acceptable: ☐ Colposcopy Date of service ___/___/___ ---------- **HPV positive or no HPV:** ☐ Colposcopy Date of service ___/___/___	☐ Colposcopy with biopsy Date of service ___/___/___	**Ages 21-24:** ☐ Colposcopy with biopsy Date of service ___/___/___ **Ages 25-74:** ☐ Colposcopy with biopsy OR ☐ immediate LEEP Date of service ___/___/___	**All Subcategories:** ☐ Colposcopy with biopsy + ECC and ☐ Endometrial biopsy* Both to be done on the same day. Date of Service ___/___/___ **Atypical Endometrial Cells:** ☐ Endometrial and endocervical Sampling. Date of Service ___/___/___ **If no endometrial pathology:** ☐ Colposcopy Date of Service ___/___/___	**Date** ___/___/___ Treatment referral to OB/GYN Complete page 4 – cervical cancer treatment section.

*If ≥ 35 years or at risk for endometrial neoplasia. Includes unexplained vaginal bleeding or conditions suggesting chronic anovulation.

☐ **Consultation or second opinion:** Physician: _____ Clinic Name:_____ Date of service:_____

Final Diagnosis: This section must be completed before sending in. ★	**Date** of final diagnosis or pathology report: ___/___/___	**Check one:** ☐ Inconclusive Results ☐ Normal/Benign Inflammation ☐ HPV/Condylomata/Atypia ☐ CIN I → ☐ Treatment not indicated	☐ CIN II ☐ CIN III carcinoma in situ ☐ Invasive Cancer **For CIN II and greater, complete pg 4: Cervical Cancer Treatment and Referral**	**Refusal:** ☐ Client refused diagnostic workup --Did client make informed decision? ☐ Yes ☐ No --Initiate Client Informed Refusal Form
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

Cervical Follow-Up and Treatment Plan

Women under age 40 who require cytology at 1 year as follow-up must enroll in the Nebraska State Pap Plus Program in order for this service to be covered.

Client information:	First Name	MI	Last Name	DOB

Cervical Cancer Treatment & Referral	
Referral:	Client referred to _____ who will take over care. Clinician and clinic name and city
Consultation:	Consultation Date to give client options _____ Consultations can only be reimbursed if provider normally brings clients into the office for consultation.
Treatment:	Treatment regimen consists of _____(cryotherapy, cone, LEEP, surgery, chemo, radiation, etc) Treatment date _____
Refusal:	Cancer treatment refused date _____ Client made informed decision yes/no Reason for refusal:_____

Follow-up of Previous Abnormal Finding		
Age 21-24	**Age 25-29**	**Age 25-74**
Prior history: Prior Pap test Result: ☐ ASC-H ☐HSIL Date: _____	**Prior history:** Prior Pap test: date_____ Results_____ Prior Colposcopy date: _____ Results_____	**Prior history:** Prior Pap test: date_____ Results_____ Prior Colposcopy date: _____ Results_____
Pap ASC-H, HSIL but no CIN 2 or 3 Colposcopy/Cytology at 6 month intervals for 2 years Date_____ Results_____	**CIN 2/3 with No treatment done** Colposcopy/Cytology Date_____ Results_____	**CIN 2/3 with no margins involved** • Repeat co-testing at 12 & 24 months Client should get a screening card 1 year after their last abnormal Pap test.
Biopsy-confirmed CIN 2 or 3 Observation – colposcopy and cytology at 6 month intervals for 12 months Date_____ Results_____	If client was not previously enrolled in EWM, must provide prior Pap/colposcopy reports	**CIN 2/3 with margins involved** Colposcopy and cytology with ECC Re-evaluated at 4-6 months Date_____ Results_____
Name of Clinic	**City:**	**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

Instructions

About this form: This form is to be used only for women with an **abnormal Pap test** that are in need of further testing to diagnose whether or not cervical 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 in Every Woman Matters to cover diagnostic testing as long as they meet our income guidelines and 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

Guidelines for Reimbursement: The Every Woman Matters Medical Advisory Board Recommends that we follow the 2014 ASCCP Guidelines approved by the Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Algorithms for the ASCCP guidelines can be found at http://www.asccp.org/Portals/9/docs/ASCCP%20Management%20Guidelines_August%202014.pdf See reverse side for a table of reimbursable procedures.

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.

CRITICAL REMINDERS:

- Providers must follow current ASCCP guidelines
- Diagnostic procedures **must** correspond with screening results
- Consultation can only be reimbursed if provider normally brings clients in the office for consultation
- We only accept diagnostic forms printed July 2014 or later. Forms are available at www.dhhs.ne.gov/ewmforms.

Clients who need surveillance/follow-up from a previous abnormal Pap test:

- Follow-up is reimbursable only for clients ages 40-74
- Women under 40 should enroll in the State Pap Plus program to have Pap covered
- Client must be enrolled. Call if you are not sure.
- Pre-authorization not needed, but must follow ASCCP guidelines.
- Complete "Follow-Up of Previous Abnormal Finding" section, page 4

If client gets diagnosed with cervical cancer:

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