

INSCRIPCIÓN PARA DIAGNÓSTICO

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

Every Woman Matters Versión Agosto de 2017



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.
- Diagnostic form instructions may now be found online at dhhs.ne.gov/ewmforms
- Male clients - NOT eligible for screening or diagnostic procedures

¡Por favor responde cada pregunta en LETRA IMPRENTA legible!

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Primer nombre: _____ **Inicial segundo nombre:** ____ **Apellido:** _____
Apellido de soltera: _____ **Estado civil:** Soltera Casada Divorciada Viuda
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:
 <9 no grado Algo de escuela secundaria
 Se graduó de escuela secundaria o equivalente
 Algo de universidad o un nivel mas alto
 No sabe No desea responder

Cómo se enteró del programa:
 Doctor/Clinica 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

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

INGRESOS Y SEGURO MÉDICO

Quando el personal del programa se comunice 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 Agosto de 2017

- 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
- 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

Name:	First	Last	DOB
Provider information:	Screening: Clinic that initiated care	City/Phone Number	
	Diagnostic: Clinic that patient was referred to	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:
 Date: ___/___/___

Surgical Consultation
 Physician: _____ Date: ___/___/___

- If CBE is suspicious, EWM encourages surgical consult before radiology services
- Breast Ultrasound
 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
 Client must be at least age 30 to have a Diagnostic Mammogram
- Repeat Breast Exam
 Diagnostic mammogram **alone** does not meet standard of care if CBE is suspicious
- Breast Biopsy type: _____ Date: ___/___/___
- Breast MRI requires pre-approval See page 4
- 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 Screening Mammogram was NOT PERFORMED
- BI-RADS 3 – Probably benign
- BI-RADS 4 - Suspicious abnormality BI-RADS 5 – Highly suspicious

Diagnostic workup:
 Date: ___/___/___

Surgical Consultation
 Physician: _____ Date: ___/___/___

Breast Ultrasound
 Date: ___/___/___

Diagnostic mammogram
 Date: ___/___/___

- Repeat Breast Exam
 Diagnostic mammogram **alone** does not meet standard of care if CBE is suspicious
- Breast Biopsy type: _____ Date: ___/___/___
- Breast MRI requires pre-approval See page 4
- Consultation/2nd opinion
 Date: ___/___/___
- Cytology of breast discharge
 Date: ___/___/___
- Client refused Initiate: Client Informed Refusal Form/Service Provider Document

<p style="text-align: center;">★ Final Diagnosis: This section must be completed before sending in.</p>	<p>Date of final diagnosis or pathology report: ___/___/___</p> <p>Clinic name: _____</p>	<p>Check one: <input type="checkbox"/> Cancer not diagnosed – no treatment necessary</p>
<p><input type="checkbox"/> Cancer diagnosed – Please fill out Breast Cancer Treatment section on page 4</p> <p style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> Ductal carcinoma in situ <input type="checkbox"/> Lobular carcinoma in situ <input type="checkbox"/> Other carcinoma in situ <input type="checkbox"/> Invasive cancer</p>		<p>Date: _____</p>

- 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 are no longer being printed along with the form. They are now posted online at www.dhhs.ne.gov/ewmforms

Breast Follow-Up & Treatment Plan

Client information:	First Name	MI	Last Name	DOB
Referral:	Client referred to _____ who will take over care.			
Consultation:	Consultation Date to give client options _____ <small>Clinician and clinic name and city and phone</small>			
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

- Previous personal history of breast cancer
- 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 _____

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.

- **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 Benign Probably Benign Suspicious Abnormality* Highly Suspicious for Malignancy*
- **DATE: __/__/__ Breast Ultrasound Results (check one):** Assessment Incomplete Benign Probably Benign Suspicious Abnormality* Highly Suspicious for Malignancy*
- **DATE: __/__/__ Consultation by** _____ Clinic Name _____
- **DATE: __/__/__ Biopsy: Type** _____ Results: _____

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

*Must do new workup on page 3