

INSCRIPCIÓN PARA DIAGNÓSTICO

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

Every Woman Matters

Versión Agosto de 2017



NEBRASKA

Good Life. Great Mission.

DEPT. OF HEALTH AND HUMAN 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 dhrs.ne.gov/ewmforms

301 Centennial Mall South - P.O. Box 94817 Lincoln, NE 68509-4817

1-800-532-2227 Fax: 402-471-0913

www.dhrs.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.

¡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:
 <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*
 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: ___/___/___

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 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)

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

- Solo Parte A
 Parte A y B
 Medicaid (cobertura total para usted)
 Seguro Privado con o sin Suplemento de Medicaid (anote por favor)

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.
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.
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.
Con base en mi historial personal y de salud, es posible que reciba materiales sobre exámenes de detección y/o educativos.
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.
Para ayudarme a tomar las mejores decisiones sobre mi salud, es posible que EWM comparta mi historia clínica y otra información de cuidado médico.
Mi nombre, dirección, número de Seguro Social y/u otra información personal será usada solo por EWM.
Otra información puede ser utilizada en estudios aprobados por EWM y/o los Centros para la Prevención y el Control de Enfermedades (CDC).

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

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

Cervical Follow-Up and Treatment Plan

Name:	First	MI	Last	DOB
Provider information:	Screening: Clinic that initiated care	Name		
	Diagnostic: Clinic that patient was referred to	Name		
		City and Phone #		
		City and Phone #		

Instructions: Please send EWM this form along with Pap test and colposcopy results when diagnostic workup is complete. Must follow current 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 Date
<p>With cervical lesion</p> <p><input type="checkbox"/> Colposcopy with biopsy</p> <p>Date of service: ___/___/___</p> <p>HPV+ ages 30+</p> <p><input type="checkbox"/> Repeat co-testing @1 year (must re-enroll in State Pap Program if under 40)</p> <p><input type="checkbox"/> Colposcopy with biopsy IF HPV 16 or 18 positive</p> <p>Date of service: ___/___/___</p>	<p>HPV unknown or HPV-</p> <p>Repeat cytology in 2-4 months.</p> <p><i>Not eligible for colposcopy.</i></p> <hr/> <p>HPV+</p> <p>Ages 21-29: Repeat cytology in 2-4 months, no HBV test allowed per guidelines</p> <p>Ages 30+ Colposcopy with biopsy</p> <p>Date of service: ___/___/___</p>	<p>Ages 21-24:</p> <p>Repeat Cytology in 12 months. Must re-enroll in the State Pap Program.</p> <p><i>Not eligible for colposcopy</i></p> <hr/> <p>Ages 25-74:</p> <p>HPV unknown:</p> <p>Preferred: do HPV testing</p> <p>Acceptable: Repeat cytology at 1 year</p> <p>-----</p> <p>HPV negative:</p> <p>Repeat co-testing in 3 years</p> <hr/> <p>HPV positive:</p> <p>Colposcopy with biopsy</p> <p>Date of service: ___/___/___</p>	<p>Ages 21-24:</p> <p>Repeat Cytology in 12 months. Must re-enroll in the State Pap Program. <i>Not eligible for colposcopy</i></p> <hr/> <p>Ages 25-74:</p> <p>HPV negative:</p> <p>Preferred: Repeat co-testing in 1 year</p> <p>Acceptable: Colposcopy</p> <p>Date of service: ___/___/___</p> <hr/> <p>HPV positive or no HPV:</p> <p>Colposcopy</p> <p>Date of service: ___/___/___</p>	<p><input type="checkbox"/> Colposcopy with biopsy</p> <p>Date of service: ___/___/___</p>	<p>Ages 21-24:</p> <p>Colposcopy with biopsy</p> <p>Date of service: ___/___/___</p> <hr/> <p>Ages 25-74:</p> <p>Colposcopy with biopsy OR immediate LEEP</p> <p>Date of service: ___/___/___</p>	<p>All Subcategories:</p> <p><input type="checkbox"/> Colposcopy with biopsy + ECC and Endometrial biopsy*</p> <p>Both to be done on the same day.</p> <p>Date of Service: ___/___/___</p> <hr/> <p>Atypical Endometrial Cells:</p> <p><input type="checkbox"/> Endometrial and endocervical Sampling.</p> <p>Date of Service: ___/___/___</p> <hr/> <p>If no endometrial pathology:</p> <p><input type="checkbox"/> Colposcopy</p> <p>Date of Service: ___/___/___</p>	<p>Date: ___/___/___</p> <p>Treatment referral to OB/GYN</p> <p>Complete page 4 – cervical cancer treatment section.</p>

Consultation or second opinion: Physician: _____ Date of service: _____

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

Final Diagnosis: <small>This section must be completed before sending in.</small>	Date of final diagnosis or pathology report: ___/___/___	Check one: <input type="checkbox"/> Inconclusive Results <input type="checkbox"/> Normal/Benign Inflammation <input type="checkbox"/> HPV/Condylomata/Atypia <input type="checkbox"/> CIN I → <input type="checkbox"/> Treatment not indicated
<p>Refusal:</p> <p><input type="checkbox"/> Client refused diagnostic workup</p> <p>--Did client make informed decision? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>--Initiate Client Informed Refusal Form</p>		<p>Referral</p> <p><input type="checkbox"/> CIN II <input type="checkbox"/> CIN III carcinoma in situ</p> <p><input type="checkbox"/> Invasive Cancer</p> <p>For CIN II and greater, complete pg 4: Cervical Cancer Treatment and Referral</p>
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
- Instructions are no longer being printed along with the form. They are now posted 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. CIN 2 or 3 with no margins involved: Repeat co-testing at 12 & 24 months.

Client information:	First Name	MI	Last Name	DOB
----------------------------	------------	----	-----------	-----

Cervical Cancer Treatment & Referral

Referral:	Client referred to _____ who will take over care. <small>Clinician and clinic name and city</small>
Consultation:	Consultation Date to give client options _____ <small>Consultations can only be reimbursed if provider normally brings clients into the office for consultation.</small>
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: _____

6 Month Follow-up of Previous Abnormal Finding

Age 21-24	Age 25-29
Prior history:	
Prior Pap test result: <input type="checkbox"/> ASC-H <input type="checkbox"/> HSIL <input type="checkbox"/> ASC-L <input type="checkbox"/> LSIL <input type="checkbox"/> NILM Date: _____ Results: _____	
*Must provide prior Pap/Colposcopy reports	
Pap ASC-H, HSIL but no CIN 2 or 3 Colposcopy/Cytology at 6 month intervals for 2 years Date _____ Results _____	CIN 2 or 3 with margins involved Colposcopy and cytology with ECC Re-evaluated at 4-6 months Date _____ Results _____
CIN 2 or 3 with No treatment done Observation – colposcopy and cytology at 6 month intervals for 12 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 are no longer being printed along with the form. They are now posted online at www.dhhs.ne.gov/ewmforms