



Programa de Detección de Cáncer de Colon de Nebraska

Colonoscopia de detección Inscripción en la prueba de heces no invasiva posterior a la prueba de heces

Complete esta **Inscripción en la prueba de heces no invasiva posterior al Programa de detección de cáncer de colon (NCP) de Nebraska** si usted:

- Tiene 45-74 años de edad
- Es ciudadano o residente legal de Nebraska
- Cumple con las pautas de ingresos del programa
- No tienen seguro médico que pague los servicios de salud preventiva
- Ha tenido una prueba de heces positiva en el hogar como FOBT, FIT o Cologuard

Rellenar este formulario ayudará a NCP a determinar qué prueba de detección de es mejor para usted.

# de Personas en el hogar	ANUALES Ingresos
1	0-\$37,650
2	0-\$51,100
3	0-\$64,550
4	0-\$78,000
5	0-\$91,450
6	0-\$104,900
7	Call 1-800-532-2227

Las pruebas y servicios de pueden incluir una prueba de AJUSTE para pruebas en el hogar y/o colonoscopia. Todas las evaluaciones se basan en la historia familiar y personal y deben ser pre-aprobadas por el personal de NCP. Incluso si no puede obtener servicios, aún puede obtener educación sobre la salud.

LO QUE NECESITAS SABER:

- Usted **NO** debe tener un seguro médico que pagaría por los servicios preventivos.
- Por favor, responda **TODAS LAS** preguntas. Si no lo hace, le llamaremos o le enviaremos el formulario de vuelta y esto podría retrasar importantes exámenes de salud.
- Por favor **IMPRIMA** claramente. Usa una pluma de tinta negra o azul. No use lápiz.
- Si usted es elegible para una colonoscopia NCP trabajará directamente con usted para configurarlo.

Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con:

Nebraska Women's & Men's Health Programs
 Every Woman Matters || Nebraska Colon Cancer Screening Program
 301 Centennial Mall South || P.O. Box 94817 || Lincoln, NE 68509-4817
Toll Free: 800-532-2227 || **In Lincoln:** 402-471-0929 || **Fax:** 402-471-0913
Websites: www.dhhs.ne.gov/womenshealth || www.dhhs.ne.gov/crc
Email: dhhs.ewm@nebraska.gov || dhhs.nccsp@nebraska.gov



Versión: 5/2025

Autorización para el Acceso y Divulgación de Información Médica

- Debe leer la **página 2**.
- **NO puede inscribirse hasta que se completen todas las páginas.**

Versión: 5/2025

Quiero formar parte del Programa de Detección de Cáncer de Colon de Nebraska (NCP por sus siglas en Inglés). Sé que:

- Debo tener entre 45-74 años de edad para poder recibir los servicios (sin excepción alguna).
- No puedo superar las pautas de ingreso.
- Si cuento con seguro médico, NCP solo pagará una vez que la compañía de seguro médico haya pagado.
- Debo de inscribirme en NCP cada año.
- Debo de tener un médico de cabecera.
- Debo de notificar a NCP si ya no deseo formar parte del programa.
- Debo ser residente de Nebraska.

- Si soy elegible para participar, entiendo que NCP revisara mi historial médico y me dirá para cuales exámenes califico.

- En base a mi historial médico y a qué tipo de prueba soy elegible, sé que NCP puede proporcionarme un kit e instrucciones para la prueba de las heces basado en el hogar y/o ayudarme a programar una colonoscopia. Si estoy inscrito en el programa y recibo un kit e instrucciones para la prueba de las heces basado en el hogar del programa y tengo una prueba positiva, se hará un seguimiento con una colonoscopia.
 - Si recibo una colonoscopia a través de NCP, entiendo que tal vez tenga que pagar el 10% del costo de dicho examen.
 - Entiendo que mis pagos ayudarán a otros que necesiten colonoscopias a través de NCP.

- Hablaré con mi proveedor de salud acerca de las evaluaciones de cáncer de colon para informarme sobre los posibles efectos secundarios o molestias que se puedan presentar.

- Hablaré con mi proveedor de salud sobre la forma de pago de los exámenes que no sean cubiertos por NCP.

- Entiendo que NCP no pagará el tratamiento si soy diagnosticado con cáncer de colon. El personal de NCP me ayudará a buscar recursos para el tratamiento.

Sé que:

- NCP puede recordarme cuándo es el momento de programar mis exámenes de detección y enviarme un correo para ayudarme a aprender más sobre mi salud.
- Basándome en mi historial personal y de salud, puedo recibir pruebas de detección y/o materiales de educación de salud. Sé que si me mudo sin dar mi dirección postal a NCP, no puedo recibir recordatorios sobre la evaluación y la educación. Acepto la responsabilidad de seguir cualquier consejo que mi proveedor de atención médica me pueda dar.
- Mi proveedor de atención médica, laboratorio, clínica u hospital pueden dar los resultados de mis exámenes de detección colorrectal a NCP.
- Para ayudarme a tomar las mejores decisiones de atención médica, NCP puede compartir información clínica y otra información de atención médica, incluidos los resultados de laboratorio y la historia clínica con mis proveedores de atención médica.
- Mi nombre, dirección, correo electrónico, número de teléfono (para llamar o enviar mensajes de texto), número de seguro social y / u otra información personal serán utilizados por solo por NCP. Puede ser utilizado para hacerme saber si necesito exámenes de seguimiento o utilizado para recordarme cuándo debo realizar exámenes de detección/revisión y para proporcionar educación. Esta información puede ser compartida con otras organizaciones según sea necesario para recibir recursos de tratamiento.
- Si necesito ayuda con alimentos, vivienda segura u otros artículos que me impiden cuidar de mi salud, se me ofrecerá una referencia a una red de atención llamada Unite Us. Unite Us me vinculará con agencias comunitarias cercanas a mí que pueden ayudarme. Para usar esta ayuda, mi dirección de nombre, correo electrónico, teléfono u otra información personal será compartida. Puedo rechazar esta ayuda.
- Se puede utilizar otra información para estudios aprobados por el NCP y/o los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) para su uso por investigadores externos para obtener más información sobre la salud de los hombres. Estos estudios no utilizarán mi nombre u otra información personal.

Para poder ser elegible para EWM/NCP, 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 Neb. Rev. Stat. 4-111(1)(b), declaro lo siguiente:

- Soy ciudadano de los Estados Unidos
- Soy un extranjero calificado bajo el Acta de Inmigración y Nacionalidad Federal, 8 U.S.C. 1101 et seq., como tal acta existió el 1 de enero de 2009, está legalmente presente en los Estados Unidos. Adjunto una copia de enfrente y atrás de mi documentación de USCIS. **(Por ejemplo, Tarjeta de Residente Permanente/Tarjeta Verde; No se acepta tarjeta de autorización de empleo.)**

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.

Nombre en letra imprenta (primero, segundo, apellido)

Su firma

mes / día / año

mes / día / año

Su fecha de nacimiento Fecha

Fecha

Información del Cliente & Cuestionario de Estilo de Vida Saludable

INSTRUCCIONES: ¡Por favor responda cada pregunta en LETRA IMPRENTA legible!

Versión: 5/2025

INFORMACION DEMOGRAFICA

Primer Nombre:		Inicial:	Apellido:	
Nombre de soltera:		Estado Civil: <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Viudo(a)		
Fecha de nacimiento: ____/____/____ <small>Mes Día Año</small>		Género: <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino		
# de Seguro Social: _____ - _____ - _____			Lugar de nacimiento: <small>Ciudad y estado o país de nacimiento</small>	
Dirección:				Número de Apartamento:
Ciudad:	Condado:	Estado:	Código Postal:	
¿Forma preferida de contacto?	<input type="radio"/> Teléfono de casa (_____) _____		¿El mejor tiempo para encontrarle? <input type="radio"/> AM <input type="radio"/> PM	
	<input type="radio"/> Trabajo (_____) _____		<input type="radio"/> Sí , está bien enviar un mensaje de texto a mi teléfono celular	
<input type="radio"/> Celular (_____) _____				
<input type="radio"/> Sí , quisiera recibir información del programa por correo electrónico. Correo:				
En caso de no poderlo(a) contactar directamente a usted:				
Persona de contacto:		Teléfono: (____) _____ <input type="radio"/> Casa <input type="radio"/> Trabajo <input type="radio"/> Celular	Relación al contacto: <input type="radio"/> Pareja <input type="radio"/> Familiar/Amigo <input type="radio"/> Otro _____	
¿Es usted de origen Latino/Hispano ?			<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé	
Cuál es el idioma principal que se habla en casa ?			<input type="radio"/> Inglés <input type="radio"/> Español <input type="radio"/> Vietnamita <input type="radio"/> Otro _____	
¿A que raza o etnia pertenece ? <small>(Marque todas las casillas que se aplican)</small>		<input type="radio"/> Indio Americano/Nativo de Alaska Tribu _____ <input type="radio"/> Negro/Afro-Americano <input type="radio"/> México-Americano <input type="radio"/> Blanco <input type="radio"/> Asiático <input type="radio"/> Isleño del Pacífico/Hawaiano Nativo <input type="radio"/> Otro _____ <input type="radio"/> No sé		
¿Es usted Refugiado ? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé		En caso de serlo, de donde es usted:		
Grado de educación completado:		<input type="radio"/> <9no grado <input type="radio"/> Algo de escuela secundaria <input type="radio"/> Se graduó de escuela secundaria o equivalente <input type="radio"/> Algo de universidad o un nivel más alto <input type="radio"/> No sé		
Cómo escucho acerca del programa:		<input type="radio"/> Doctor/Clínica <input type="radio"/> Familiar/Amigo <input type="radio"/> Agencia <input type="radio"/> Periódico/Radio/TV <input type="radio"/> Soy paciente actual/Fui paciente anterior <input type="radio"/> Trabajador de Salud Comunitario <input type="radio"/> Las Redes Sociales (Facebook/Instagram, etc.) <input type="radio"/> Otro _____		

INGRESO Y SEGURO MEDICO

Es posible que sea requerido mostrar una prueba de que mis ingresos están dentro de las pautas de ingresos del programa, cuando el personal del programa se comuniquen conmigo. 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 , <u>antes</u> de impuestos?		<input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Anual	Ingreso: \$ _____
<i>por favor note que:</i> - Aquellas personas con su propio negocio necesitan indicar su ingreso neto, después de impuestos. - Si no tiene ingreso escriba \$0 en el espacio en blanco.		Se le devolverá este formulario si deja el espacio para el ingreso en blanco.	
¿Cuántas personas viven de este ingreso?		<input type="radio"/> 01 <input type="radio"/> 02 <input type="radio"/> 03 <input type="radio"/> 04 <input type="radio"/> 05 <input type="radio"/> 06 <input type="radio"/> 07 <input type="radio"/> 08 <input type="radio"/> 09 <input type="radio"/> 10 <input type="radio"/> 11 <input type="radio"/> 12	
¿Tiene seguro de gastos médicos ?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No/No cubre esto	En caso de Sí:	<input type="radio"/> Medicare (personas de 65 o mayores) <input type="radio"/> Parte A y B <input type="radio"/> Solo parte A <input type="radio"/> Medicaid (cobertura individual total) <input type="radio"/> Solo seguro catastrófico <input type="radio"/> Mercado de Salud <input type="radio"/> Seguro Privado con o sin Suplemento de Medicaid _____

Información del Cliente & Cuestionario de Estilo de Vida Saludable

INSTRUCCIONES: ¡Por favor responda cada pregunta en LETRA IMPRENTA legible!

Versión: 5/2025

1. ¿Cuántos familiares de 1er grado, sin contarse a usted (padres, hermanos, hijos) han sido diagnosticados con cáncer de colon o cáncer rectal ?		○0 ○1 ○2 ○3+ ○No sé	
2. ¿Cuántos de esos familiares con cáncer de colon tenían menos de 60 años ?		○0 ○1 ○2 ○3+ ○No sé	
3. ¿Cuántos familiares de 1er grado, sin contarse a usted (padres, hermanos, hijos) han sido diagnosticados con pólipos en el colon ?		○0 ○1 ○2 ○3+ ○No sé	
4. ¿Cuántos de esos familiares con pólipos tenían menos de 50 años ?		○0 ○1 ○2 ○3+ ○No sé	
5. ¿Cuántos familiares de 1er grado, sin contarse a usted (padres, hermanos, hijos) han sido diagnosticados con otros tipos de cáncer ?		○0 ○1 ○2 ○3+ ○No sé	
5a. ¿Qué tipo de cáncer tenían?			
6. ¿Alguna vez lo(a) han dicho que tiene pólipos en el colon?		○ Sí ○ No ○ No sé	
6a. ¿Qué tipo de pólipos tenía? _____ ¿Cuántos pólipos tenía? _____			
7. ¿Alguna vez le han realizado alguna de estas evaluaciones/exámenes?: <i>(Fechas y resultados necesitan dedo marcado)</i>			
Kit de taburetes basado en el hogar (prueba de las heces)	○ Sí ○ No ○ No sé	Fecha más reciente __/__/__	Resultado: ○ Normal ○ Anormal
Sigmoidoscopia	○ Sí ○ No ○ No sé	Fecha más reciente __/__/__	Resultado: ○ Normal ○ Anormal
¿Le removieron los pólipos?	○ Sí ○ No ○ No sé		
Colonoscopia	○ Sí ○ No ○ No sé	Fecha más reciente __/__/__	Resultado: ○ Normal ○ Anormal
¿Le eliminaron los pólipos?	○ Sí ○ No ○ No sé		
Enema de Bario de Doble Contraste	○ Sí ○ No ○ No sé	Fecha más reciente __/__/__	Resultado: ○ Normal ○ Anormal
8. ¿Alguna vez le ha diagnosticado un doctor, enfermera o profesional de la salud con:			
Enfermedad de Crohns	○ Sí ○ No ○ No sé		
Poliposis Adenomatosa Familiar (FAP por sus siglas en inglés)	○ Sí ○ No ○ No sé		
Cáncer Colorrectal Hereditario sin Poliposis (HNPCC por sus siglas en inglés)	○ Sí ○ No ○ No sé		
Enfermedad Inflamatoria del Intestino (IBD por sus siglas en inglés)	○ Sí ○ No ○ No sé		
Colitis Ulcerosa	○ Sí ○ No ○ No sé		
9. ¿Se encuentra usted actualmente bajo cuidado médico debido a alguna de las condiciones mencionadas?		○ Sí ○ No ○ No sé	
10. ¿En los últimos 30 días ha tenido sangrado rectal ?		○ Sí ○ No ○ No sé	
10a. ¿Qué le dijo su doctor acerca del sangrado rectal ?			
11. ¿Alguna vez lo han diagnosticado con cáncer de colon o cáncer rectal ?		○ Sí ○ No ○ No sé	
11a. En caso afirmativo, ¿Cuándo le diagnosticaron?		____/____/____	
12. Mi médico principal es:			
Nombre de la clínica:		Ciudad:	Teléfono:

CIGARRO	1. ¿Usted fuma ? (incluyendo cigarrillos, pipas o puros-cualquier tipo de tabaco fumado)	○ Soy fumador ○ Dejó el tabaco (hace 1-12 meses) ○ Dejó el tabaco (hace +12 meses) ○ Nunca he fumado
----------------	---	---

VIDA DIARIA	1. Al pensar en su salud física , incluyendo enfermedades y lesiones, ¿cuántos días de los últimos 30 días , su salud física no se encontraba bien ?	____ Días ○ No sé
	2. Al pensar en su salud mental , incluyendo estrés, depresión y problemas emocionales, ¿cuántos días de los últimos 30 días , su salud mental no se encontraba bien ?	____ Días ○ No sé
	3. En los últimos 30 días , ¿durante cuántos días una mala salud física o mental, le impidió hacer sus actividades usuales , como cuidado propio, trabajo o actividades recreativas?	____ Días ○ No sé
	4. ¿Está limitado en alguna actividad debido a problemas físicos, mentales o emocionales?	○ Sí ○ No ○ No sé
	5. ¿Tiene algún problema de salud que requiera el uso de equipo especial , como basón, silla de ruedas, una cama especial o un teléfono especial?	○ Sí ○ No ○ No sé
	5a. Si su respuesta es Sí , ¿qué tipo de discapacidad tiene?	○ Emocional ○ Intelectual ○ Física ○ Sensorial
	6. En las últimas 2 semanas, con qué frecuencia te han molestado algunos de los siguientes problemas: 6a. Poco interés o placer en hacer las cosas:	○ No ○ Algunos días ○ Más de la mita ○ Casi todos los días
6b. Sentirse sin ánimo, deprimido o desesperanzado:	○ No ○ Algunos días ○ Más de la mita ○ Casi todos los días	

4 Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Felicidades! Ya ha terminado! ---->

Información del Cliente & Cuestionario de Estilo de Vida Saludable

INSTRUCCIONES: ¡Por favor responda cada pregunta en LETRA IMPRENTA legible!

Versión: 5/2025

SEGURIDAD Y BIENESTAR	1. ¿Cuántos días en la última semana ha tenido una bebida que contenga alcohol ?	<input type="radio"/> Nunca _____ Días <input type="radio"/> No sé
	1a. ¿En los días que tuviste una bebida que contenga alcohol, cuántas bebidas tuviste? <i>(Una bebida contiene 14 gramos de alcohol puro, que se encuentra en: 12 onzas de cerveza regular, 5 onzas de vino o 1.5 onzas de licores destilados)</i>	<input type="radio"/> Nunca _____ Bebidas <input type="radio"/> No sé
	2. Si es Ud. mujer , ¿cuantos días en el último año, ha consumido 4 o más bebidas alcohólicas en un día? Si es Ud. hombre , ¿cuantos días en el último año, ha consumido 5 o más bebidas alcohólicas en un día?	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> N/A* _____ Días <input type="radio"/> No sé
	4. En los últimos 12 meses, le han vacunado en contra de la influenza (inyección o spray) ?	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No sé
	4a. Si su respuesta es No , por favor indique por qué?	
	5. ¿Le han suministrado la vacuna de la neumonía ?	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No sé
6. ¿Cuándo fue la última vez que fue al dentista o clínica dental por cualquier motivo?	<input type="radio"/> 1 vez en el último año <input type="radio"/> 1 vez en los últimos 2 años <input type="radio"/> Hace más de 2 años <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> No sé	

**Nebraska Colon Cancer Screening Program CANNOT accept this form without the results.
Please provide FIT Results from the Lab.**

Section 1:

Positive Test Date: _____/_____/_____

- Paid by:** Exact Sciences - Cologuard
 Beat Cancer - FIT
 Nebraska Colon Cancer Screening Program - FIT

Primary Care Provider Name: _____
Clinic Name: _____
Clinic Address: _____
Clinic Phone: _____
Clinic Fax: _____

Distributed or Provided by:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Central District Health Department - CDHD | <input type="checkbox"/> East Central District Health Department - ECDHD |
| <input type="checkbox"/> Elkhorn Logan Valley Public Health Department - ELVPHD | <input type="checkbox"/> Lincoln Lancaster County Health Department - LLCHD |
| <input type="checkbox"/> Loup Basin Public Health Department - Loup Basin | <input type="checkbox"/> Northeast Nebraska Public Health Department - NNPHD |
| <input type="checkbox"/> Panhandle Public Health Department - PPHD | <input type="checkbox"/> South Heartland District Health Department - SHDHD |
| <input type="checkbox"/> Southwest Nebraska Public Health Department - SWNPHD | <input type="checkbox"/> Three Rivers Public Health Department - 3RPHD |
| <input type="checkbox"/> Clinic Name _____ | <input type="checkbox"/> Other _____ |

If you are a Local Health Department you are now done with this form.

Client Referred to Endoscopy Provider:

Endoscopy Provider Name: _____
Phone: _____ **Fax:** _____

Colonoscopy Scheduled _____/_____/_____

Completed by: _____

Follow Up Action / Findings:

- Client needs assistance in finding health care provider
- I have talked with client and received verbal consent from client:**
 My health care provider and laboratory, can give results of my FIT Kit and colonoscopy to NCP for payment and quality assurance. No information will be shared with outside sources.

Form Completed By: _____ **Date:** _____

¡Buen trabajo! ¡Listo!

Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ 5