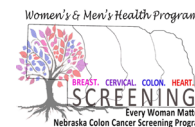


Formulario de Asistencia para ITS/ETS

Version: 10/2024



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

****SOLO PARA RESIDENTES DE NEBRASKA****

A los 18 años: Solo pruebas de detección de ITS/ETS - SOLO se cubren las visitas al consultorio para mujeres y hombres.

**Si la clienta tiene 21 años y necesita una prueba de detección de cáncer de cuello uterino, complete el Cuestionario de Estilo de Vida Saludable: <https://cip-dhhs.ne.gov/redcap/surveys/?s=R3PKPPHAJ9XED84K>

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

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 <input type="radio"/> Transgénero		¿Cómo te identificas?: <input type="radio"/> Heterosexual <input type="radio"/> Lesbiana <input type="radio"/> Bisexual <input type="radio"/> Homosexual	
# de Seguro Social: _____ - _____ - _____				Lugar de nacimiento:	
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? <i>(Marque todas las casillas que se aplican)</i>	<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/Clinica <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: \$ _____
------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------	-------------------

por favor note que: - 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 _____
------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------	----------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Autorización para el Acceso y Divulgación de Información Médica

■ Debe leer y firmar la **página 2**

Version: 10/2024

- Quiero ser parte del **Programa de Asistencia para ITS/ETS**. I know:
 - El Programa de Asistencia para ITS/ETS paga el costo de una visita al consultorio en la que se realizan pruebas de ETS. No paga el costo de las pruebas de ETS y el manejo, el seguimiento o el tratamiento
 - No puedo estar por encima de las pautas de ingresos
 - No puedo tener seguro, Medicare Parte B, cobertura completa de Medicaid o una HMO
 - Notificaré al Programa de Asistencia para ITS/ETS si ya no deseo ser parte de este programa
- Hablaré con la clínica sobre cómo voy a pagar las pruebas o los servicios que no sean pagados por el programa.
- Hablaré con mi proveedor de atención médica sobre las pruebas y comprenderé los posibles efectos secundarios o molestias.
- Basado 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 al programa, es posible que no reciba 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, unidad de radiología y/u hospital pueden dar los resultados de mis exámenes, exámenes de seguimiento y/o tratamiento a EWM.
- Para ayudarme a tomar las mejores decisiones de atención médica, el Programa de Asistencia de ITS/ETS puede compartir información clínica y de otro tipo de atención médica, incluyendo resultados de laboratorio e historial de salud 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 solo por EWM / NCP. Puede ser utilizado para hacerme saber si necesito exámenes de seguimiento o 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.
- Se puede utilizar otra información para estudios aprobados por el programa y/o por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) para el uso de por investigadores externos para obtener más información sobre la salud de mujeres y hombres. Estos estudios no utilizarán mi nombre u otra información personal.

MARQUE UNO	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: <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Soy ciudadano de los Estados Unidos<input type="radio"/> 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, y 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)
	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

2 First Name: _____ Last Name: _____ Date of Birth: ____/____/____

INSTRUCCIONES: ¡Responda a cada pregunta e imprima claramente!

****SOLO las mujeres necesitan responder las preguntas de esta sección**

CANCER DE MAMA Y CERVICAL	1. ¿Alguna vez le han realizado alguno de los siguientes exámenes médicos?:		
	Papanicolaou	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé	Fecha anterior o previa de la prueba de Papanicolaou __/__/__
	Prueba de VPH	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé	Fecha anterior o previa de la prueba del VPH __/__/__
	Mamografía <small>(breast x-ray)</small>	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé	Fecha anterior o previa de la mamografía __/__/__
	2. ¿Le han realizado una Histerectomía ? (extirpación de la matriz)		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé
2a. ¿Se le extirpó la cérvix <small>(cuello uterino)</small> ?		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé	
2b. ¿La Histerectomía se realizó con el fin de tratar cáncer cervico-uterino ?		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé	
3. ¿Su madre, hermana o hija , han padecido de cáncer de mama ?		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé	
4. ¿Alguna vez ha tenido usted cáncer de mama ?		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé	
5. ¿Alguna vez ha tenido usted cáncer cervico-uterino ?		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé	
		Quando: __/__/__	
		Quando: __/__/__	

The office visit reimbursement is to allow access to a health visit to capture testing for STI/STD. General clinical services can be provided at the same time as STI/STD testing, however, there is no additional reimbursement outside of the office visit.

STI/STD test done during this office visit:

- Chlamydia
- Gonnorrhea
- Syphilis

Clinician Name Please write full name - do no abbreviate

Clinic Name

Date of Service for Office Visit

City

Quick Claims will be entered for all STI Office Visits and processed at current fiscal year rates for EWM.

Patient Acct. Number for Quick Claim: _____