

Formulario de Asistencia para ITS/ETS

Version: 7/2026



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 25 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:		Initial:	Apellido:	
Nombre de soltera:		Estado Civil: ☐ Soltero(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Casado(a) ☐ Viudo(a)		
Fecha de nacimiento: ____/____/____ Mes Día Año		Género: ☐ Femenino ☐ Masculino		
# de Seguro Social: ____-____-____			Lugar de nacimiento:	
Dirección:				Número de Apartamento:
Ciudad:	Condado:	Estado:	Código Postal:	
¿Forma preferida de contacto?	☐ Teléfono de casa (____) _____		¿El mejor tiempo para encontrarle? ☐ AM ☐ PM	
	☐ Trabajo (____) _____		☐ Sí, está bien enviar un mensaje de texto a mi teléfono celular	
☐ Celular (____) _____				
☐ Sí, quisiera recibir información del programa por correo electrónico. Correo:				
En caso de no poderlo(a) contactar directamente a usted:				
Persona de contacto:		Teléfono: (____) _____ ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Celular	Relación al contacto: ☐ Pareja ☐ Familiar/Amigo ☐ Otro _____	
¿Es usted de origen Latino/Hispano?			☐ Sí ☐ No ☐ No sé	
Cuál es el idioma principal que se habla en casa?			☐ Inglés ☐ Español ☐ Vietnamita ☐ Otro _____	
¿A que raza o etnia pertenece? (Marque todas las casillas que se aplican)		☐ Indio Americano/Nativo de Alaska Tribu _____ ☐ Negro/Afro-Americano ☐ México-Americano ☐ Blanco ☐ Asiático ☐ Isleño del Pacífico/Hawaiano Nativo ☐ Otro _____ ☐ No sé		
¿Es usted Refugiado? ☐ Sí ☐ No ☐ No sé		En caso de serlo, de donde es usted:		
Grado de educación completado:		☐ <9no grado ☐ Algo de escuela secundaria ☐ Se graduó de escuela secundaria o equivalente ☐ Algo de universidad o un nivel más alto ☐ No sé		
Cómo escucho acerca del programa:		☐ Doctor/Clinica ☐ Familiar/Amigo ☐ Agencia ☐ Periódico/Radio/TV ☐ Soy paciente actual/Fui paciente anterior ☐ Trabajador de Salud Comunitario ☐ Las Redes Sociales (Facebook/Instagram, etc.) ☐ 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?		☐ Semanal ☐ Mensual ☐ 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?		☐ 01 ☐ 02 ☐ 03 ☐ 04 ☐ 05 ☐ 06 ☐ 07 ☐ 08 ☐ 09 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12	
¿Tiene seguro de gastos médicos?	☐ Sí ☐ No/No cubre esto	En caso de Sí:	☐ Medicare (personas de 65 o mayores) ☐ Parte A y B ☐ Solo parte A ☐ Medicaid (cobertura individual total) ☐ Solo seguro catastrófico ☐ Mercado de Salud ☐ Seguro Privado con o sin Suplemento de Medicaid _____

Continue to Page 2 → → →

Autorización para el Acceso y Divulgación de Información Médica

■ Debe leer y firmar la **página 2**

Version: 7/2026

- 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:

- ☐ 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, 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; 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.

FIRME Y PONGA
FECHA

Nombre en letra imprenta (primero, segundo, apellido)

Su firma

mes / día / año

Fecha

mes / día / año

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	☐ Sí ☐ No ☐ No sé	Fecha anterior o previa de la prueba de Papanicolaou ____/____/____	Resultados: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ No sé
Prueba de VPH	☐ Sí ☐ No ☐ No sé	Fecha anterior o previa de la prueba del VPH ____/____/____	Resultados: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ No sé
Mamografía (breast x-ray)	☐ Sí ☐ No ☐ No sé	Fecha anterior o previa de la mamografía ____/____/____	Resultados: ☐ Normal ☐ Anormal ☐ No sé

2. ¿Le han realizado una **Histerectomía**? (extirpación de la matriz)

2a. ¿Se le extirpó la **cérvix** (cuello uterino)?

2b. ¿La **Histerectomía** se realizó con el fin de tratar cáncer cervico-uterino?

☐ Sí ☐ No ☐ No sé

☐ Sí ☐ No ☐ No sé

☐ Sí ☐ No ☐ No sé

3. ¿Su **madre, hermana o hija**, han padecido de **cáncer de mama**?

☐ Sí ☐ No ☐ No sé

4. ¿Alguna vez ha tenido usted **cáncer de mama**?

☐ Sí ☐ No ☐ No sé

5. ¿Alguna vez ha tenido usted **cáncer cervico-uterino**?

☐ Sí ☐ No ☐ No sé

Cuando: ____/____/____
Cuando: ____/____/____

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

☐ Gonorrhea

☐ Syphilis

Clinician Name

Please write full name - do not 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: _____