RESET FIELDS

HWP Intake Site Nº: _____

pennsylvania
DEPARTMENT OF HEALTH

Información para inscribirse en el Programa HealthyWoman (HWP)

La siguiente información le ayudará a determinar si usted es elegible para participar en el Programa HealthyWoman del Departamento de Salud. También nos dirá cómo mejorar el programa. Muchas gracias por responder las siguientes preguntas.

NOMBRE COMPLETO (apellido, nombre, inicial segundo nombre)	APELLIDO DE SOLTERA ( )	NÚM. DE TELÉFONO	FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCIÓN (calle y número)	CONDADO	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

1. ¿CUÁL ES EL INGRESO TOTAL DE SU GRUPO FAMILIAR CADA MES ANTES DE LOS IMPUESTOS? ▶	$	2. ¿CUÁNTAS PERSONAS HAY EN SU GRUPO FAMILIAR? **INCLÚYASE** ▶	
3. ¿TIENE HIJOS MENORES DE 21 AÑOS DE EDAD QUE VIVEN CON USTED? ☐ SÍ ☐ NO		4. ¿ESTÁ EMBARAZADA? ☐ SÍ ☐ NO	

5. ¿Le diagnosticaron cáncer de mama o de cuello del útero o precáncer antes de completar esta información para inscribirse en el programa? ☐ SÍ ☐ NO
6. ¿Tiene seguro de salud actualmente?
   - ☐ No (siga con la pregunta 7)
   - ☐ Sí, responda las siguientes preguntas:

     El tipo de seguro de salud que tengo es
     - ☐ 1. Asistencia Médica/ACCESS
     - ☐ 2. Medicare: ☐ Parte A solamente ☐ Parte B solamente ☐ Partes A y B
     - ☐ 3. Privado/Plan proporcionado por el empleador.

     A pesar de tener seguro, necesito ayuda para pagar los servicios del programa HWP porque:
     - ☐ Mi seguro no cubre los servicios de pruebas diagnósticas que brinda el programa HWP..
     - ☐ No soy capaz de cubrir el copago o deducible requerido por mi seguro.
     - ☐ He llegado al límite de mis beneficios.

Si marcó la casilla núm. 3, Privado/Plan proporcionado por el empleador, complete lo siguiente:

NOMBRE DEL PROVEEDOR DEL SEGURO	NÚM. DE PÓLIZA	NÚM. DE GRUPO.
¿OBTIENE EL SEGURO PRIVADO MENCIONADO ARRIBA A TRAVÉS DE SU EMPLEO? ☐ SÍ	☐ NO	
SI LA RESPUESTA ES SÍ, INDIQUE EL NOMBRE DEL EMPLEADOR	NÚM. DE TELÉFONO DEL EMPLEADOR ( )	
DIRECCIÓN		

7. ¿Esta es su primera consulta en este programa? ☐ SÍ ☐ NO Díganos cómo se enteró del programa. ¿Este es su segundo año en el programa o ya ha sido cliente del programa HWP durante un tiempo? ☐ SÍ ☐ NO Díganos cómo obtuvo la información para regresar (marque una). (check one)
   - ☐ Amigo, pariente
   - ☐ Médico
   - ☐ Trabajador social
   - ☐ Proveedor de atención médica (que no sea un médico)
   - ☐ Televisión/Radio
   - ☐ Periódico
   - ☐ Folletos, pósters, boletines de noticias
   - ☐ Recordatorio/Invitación del programa HWP
   - ☐ Iglesia
   - ☐ Evento comunitario
   - ☐ Otro, especifique _____

8. ¿Usted es hispana o latina?
   - ☐ Sí (1)
   - ☐ No (2)

9. ¿De qué raza se considera usted? (Puede seleccionar más de una)
   - ☐ Blanca (1)
   - ☐ Negra o afroamericana (2)
   - ☐ Asiática (3)
   - ☐ Nativa de Hawái o de las Islas del Pacífico (4)
   - ☐ Indígena norteamericana o nativa de Alaska (5)
   - ☐ Otra (6)

10. ¿Cuál es su estado civil?
    - ☐ Nunca se casó (1)
    - ☐ Casada (2)
    - ☐ Viuda (3)
    - ☐ Divorciada/Separada (4)
    - ☐ Otro (5)

11. ¿Cuál es el nivel de estudios más altos que ha terminado en el sistema educativo?
12. ¿Es ciudadana de los Estados Unidos o extranjera con condición de inmigración legal? ☐ Sí ☐ No
13. ¿Es residente de Pennsylvania? ☐ Sí ☐ No
14. ¿El Departamento de Salud puede enviarle por correo información sobre temas de salud femenina? ☐ Sí ☐ No

Lea y firme la otra cara de este formulario.

Programa HealthyWoman
Un Programa de Detección Temprana del Cáncer de Mama y de Cuello Uterino del Departamento de Salud de Pennsylvania. El Departamento de Salud de Pennsylvania financia este programa a través de un acuerdo cooperativo con los Centros para la Prevención y el Control de las Enfermedades.

Formulario de inscripción y consentimiento del programa HealthyWoman

Programa de Prevención y Tratamiento del Cáncer de Mama y de Cuello Uterino (por sus siglas en inglés, BCCPT). Solicitud de Elegibilidad para Medicaid - Parte A

NOMBRE Y APELLIDO DEL CLIENTE	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA
NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL PROVEEDOR	

El Departamento de Salud (por sus siglas en inglés, DOH) de Pennsylvania ofrece un programa de salud para mujeres llamado programa HealthyWoman (por sus siglas en inglés, HWP). Este programa ofrece un examen de detección del cáncer de mama y de cuello uterino. El examen de detección puede descubrir el cáncer de manera temprana para que pueda ser tratado o curado. La forma de realizar el examen o pruebas para detectar el cáncer de mama es que el médico o enfermero examine sus mamas y que le hagan una radiografía de sus mamas, llamada mamografía. La forma de realizar el examen para detectar el cáncer de cuello uterino es que le realicen un examen pélvico y una prueba de Papanicolaou. La prueba de Papanicolaou consiste en la extracción de células del cuello uterino durante el examen pélvico. El programa HWP cubre el costo de las pruebas diagnósticas. Si usted es elegible para este programa, no deberían pedirle que pague el costo de estas pruebas.

Si el resultado de una prueba diagnóstica fuese anormal, a veces es necesario realizar más pruebas. El proveedor del programa HealthyWoman le ayudará a obtener las pruebas adicionales. Es posible que el programa cubra el costo de algunas de las pruebas adicionales necesarias. El proveedor le informará si el programa cubrirá el costo de una prueba recomendada antes de que se la realicen. Si fuese necesario, se le ofrecerán servicios de administración de caso.

Si usted necesitara hacer un tratamiento del cáncer de mama o de cuello uterino, el proveedor del programa HealthyWoman le ayudará a obtenerlo. El programa no cubre el costo del tratamiento, pero es posible que Medicaid lo haga.

Consentimiento para divulgar información - Programa HealthyWoman

Entiendo la explicación anterior sobre el programa HPW para mujeres, del Departamento de Salud de Pennsylvania. Acepto someterme a exámenes de detección según el programa HWP. Autorizo a todos y cada uno de mis proveedores de atención médica a brindar toda la información personal y relativa a mi salud al DOH y a sus contratistas que participan en este programa, según sea necesario, para que puedan llevar a cabo el tratamiento, atención y operaciones de servicios de salud. Esto incluye información sobre los resultados de los exámenes de detección y de otras pruebas, tratamiento, atención, así como la información contenida en este formulario. Autorizo al DOH a compartir con mi(s) proveedor(es) de atención médica la información que sea necesaria para el tratamiento, pago y operaciones de servicios de salud. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto por la información que el DOH ya haya divulgado basándose en este consentimiento. Puedo solicitar restricciones adicionales sobre la divulgación de mi información.

Entiendo que me brindaron acceso a una Notificación de privacidad (Notificación) del Departamento de Salud de Pennsylvania, según la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros Médicos de 1996 (por sus siglas en inglés, HIPAA). La copia más actualizada de la Notificación está disponible en la clínica para mi consulta, o puedo obtenerla comunicándome con el área encargada del programa HealthyWoman y WISEWOMAN del Departamento de Salud en 625 Forster St, Harrisburg, PA 17120. También está disponible en el sitio web http://www.health.state.pa.us/hipaanotice.

Coloque sus iniciales aquí: _____

Entiendo que toda la información que brindo al DOH es confidencial. Esto significa que el DOH no divulgará ni compartirá mi información, excepto por la mínima necesaria para administrar el programa descrito más arriba. Los informes estadísticos que resulten de este programa no usarán mi nombre ni ninguna otra información que permita que se me identifique.

Al firmar este formulario, declaro que acepto y entiendo los términos del programa descrito más arriba. También afirmo que la información que brindé en la otra cara de este formulario es verdadera. Entiendo que mi participación en este programa es voluntaria y que puedo abandonarlo en cualquier momento.

Firma _____ Fecha de hoy _____

Firma del testigo _____ Fecha de hoy _____
(Verifica la firma de la participante del programa)

Programa de Prevención y Tratamiento del Cáncer de Mama y de Cuello Uterino (por sus siglas en inglés, BCCPT) de Medicaid

Entiendo que debido a mi diagnóstico y otros factores de elegibilidad, tengo la opción de inscribirme en el programa BCCPT de Medicaid.
No deseo inscribirme en el programa BCCPT en este momento. Coloque sus iniciales y la fecha: _____ _____

Lea con atención y complete la siguiente sección solamente si acepta continuar con su inscripción en el programa BCCPT de Medicaid.

Derechos y responsabilidades del programa BCCPT de Medicaid

- Entiendo que si necesitara tratamiento para el cáncer de mama o de cuello uterino, se usará la información contenida en este formulario para ver si soy elegible para recibir los beneficios de Medicaid.
- Entiendo que la información contenida en este formulario será confidencial.
- Autorizo la divulgación de la información personal, económica y médica con el propósito de determinar la elegibilidad y para la revisión del programa Medicaid.
- Entiendo que debo informar a la Oficina de Asistencia del Condado cualquier cambio en mi situación que pueda afectar mi elegibilidad y que debo hacerlo dentro de una semana de producido dicho cambio.
- Entiendo que puedo solicitar una audiencia si no estoy de acuerdo con una decisión tomada sobre esta solicitud.
- Entiendo que todos los solicitantes/beneficiarios de Medicaid deben proporcionar su número de Seguro Social, excepto los que soliciten un tratamiento por una emergencia médica. Este número puede ser utilizado para verificar la información ingresada en esta solicitud.
- Entiendo que tengo derecho a recibir un certificado de cobertura acreditable para verificar mi cobertura médica. Las leyes federales limitan cuándo la cobertura de salud puede ser negada o limitada por una condición preexistente. Si me inscribo en un plan grupal que permite condiciones preexistentes, es posible que se me reconozca el tiempo que recibí Medicaid.
- Certifico que la información ingresada en esta solicitud es correcta bajo pena de juramento falso.
- Certifico que comprendo cuáles son mis derechos y responsabilidades.

Firma de la solicitante _____ Fecha _____

pennsylvania
DEPARTMENT OF PUBLIC WELFARE

Programa de Prevención y Tratamiento del Cáncer de Mama y de Cuello Uterino
(por sus siglas en inglés, BCCPT)

Solicitud de Elegibilidad para Medicaid – Parte B

Instrucciones para completar el formulario PA 600B – Parte B

PARTE I – A SER COMPLETADA POR LA SOLICITANTE O REPRESENTANTE DE LA SOLICITANTE

La solicitante o su representante deben:

1. La solicitante o su representante deben.

2. Firmar y colocar la fecha a este formulario.

PARTE II – A SER COMPLETADA POR UN PROVEEDOR

FECHA DEL DIAGNÓSTICO: ingrese la fecha de la primera biopsia positiva/confirmación del diagnóstico o la confirmación de la recurrencia del cáncer de mama o de cuello uterino.

CÓDIGO ICD-9: marque la casilla más apropiada para indicar el diagnóstico y complete el código de diagnóstico para identificar individualmente la condición. **Debe marcar solamente una casilla.** Si marca 196 ó 198, el proveedor afirma que el diagnóstico primario de la solicitante es cáncer de mama o de cuello uterino, incluyendo condiciones precancerosas de las mamas o cuello uterino. La solicitante no será elegible para participar en este programa si el cáncer de mama o de cuello uterino, incluyendo las condiciones precancerosas de las mamas o del cuello uterino, no es el diagnóstico primario.

NOMBRE DEL PROVEEDOR: ingrese el nombre del proveedor que brinda la atención médica a la solicitante.

NÚMERO DE MPI/NPI DEL PROVEEDOR: si el proveedor participa en el programa de Asistencia Médica (por sus siglas en inglés, MA), ingrese el número asignado al beneficiario del pago designado. Si el proveedor no es un proveedor de MA, no complete este campo.

NÚMERO DE TELÉFONO: ingrese el número de teléfono del consultorio donde se atiende la solicitante.

DIRECCIÓN - CALLE, CIUDAD, ESTADO: ingrese la dirección del consultorio donde se atiende la solicitante.

FECHA Y FIRMA AUTORIZADA DEL PROVEEDOR: firma del proveedor que brinda la atención médica a la solicitante y fecha en que se completa el formulario. OBSERVACIÓN: esta firma da fe de que toda la información indicada en la Parte II es correcta y está completa.

El proveedor debe devolver la solicitud, por fax o correo, al Proveedor del Programa HealthyWoman del Departamento de Salud.

Sitio de admisión al HWP _____ Número de fax _____

Número del sitio de admisión al HWP _____

PARTE III – A SER COMPLETADA POR LA OFICINA DE ASISTENCIA DEL CONDADO

PARTE I. A SER COMPLETADA POR LA SOLICITANTE O REPRESENTANTE DE LA SOLICITANTE

NOMBRE DE LA SOLICITANTE (apellido, nombre, inicial segundo nombre)	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
LUGAR DE NACIMIENTO (estado, condado, ciudad)	NOMBRE EN EL CERTIFICADO DE NACIMIENTO (apellido, nombre, segundo nombre)	NOMBRE Y APELLIDO DE SOLTERA DE LA MADRE (apellido, nombre, segundo nombre)
FIRMA DE LA SOLICITANTE	FECHA	LICENCIA DE CONDUCTOR O IDENTIFICACIÓN (estado/número)

Inscripción de electores (opcional)

Si no está inscrita para votar en el lugar donde vive actualmente, ¿desea presentar una solicitud para inscribirse para votar aquí hoy? ☐ Sí ☐ No

SI NO MARCA NINGUNA CASILLA, CONSIDERAREMOS QUE DECIDIÓ NO INSCRIBIRSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO.

Para inscribirse, usted debe: 1) tener por lo menos 18 años de edad el día de la próxima elección; 2) ser ciudadana de los Estados Unidos por un mes como mínimo ANTES DE LA PRÓXIMA ELECCIÓN; 3) residir en Pennsylvania y en el distrito de votación al menos 30 días antes de la próxima elección.

Solicitar la inscripción o negarse a inscribirse no afectará la cantidad de la asistencia que recibirá de parte de esta agencia.
Si desea ayuda para completar el formulario de solicitud de inscripción de electores, podemos ayudarle. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Puede completar el formulario de solicitud en privado. Comuníquese con la oficina de asistencia del condado si desea ayuda. Si cree que alguna persona ha interferido con su derecho a inscribirse para votar o a rechazar la inscripción para votar, su derecho a la privacidad para decidir si se inscribe o para solicitar la inscripción para votar, o su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, usted puede presentar una queja ante la Secretaría de Estado en: Secretary of the Commonwealth, PA, Department of State, Harrisburg, PA 17120. (Número de teléfono sin cargo 1-877-VOTESPA.)

EL PERSONAL DE LA OFICINA DE ASISTENCIA DEL CONDADO COMPLETARÁ ESTA SECCIÓN SEGÚN LO QUE USTED HAYA RESPONDIDO MÁS ARRIBA

☐ Given to Client __/__/__	☐ Sent to voter registration __/__/__	☐ Mailed to Client __/__/__
☐ Declined, not interested __/__/__	☐ Not a U.S. citizen __/__/__	☐ Declined, already registered __/__/__

PART II. TO BE COMPLETED BY A PROVIDER

DATE OF FIRST BIOPSY/ CONFIRMATORY DIAGNOSIS ▶ | OR | DATE OF CONFIRMATION OF REOCCURRENCE OF BREAST OR CERVICAL CANCER ▶

ICD.9 CODE	CLINICAL DESCRIPTOR	INITIAL ELIGIBILITY TIMEFRAME
BREAST CANCER		
☐ **174.____**	**Malignant Neoplasm of Female Breast, Primary** (Includes: **174.0** - Nipple and areola; **174.1** - Central Portion; **174.2** - Upper-inner quadrant; **174.3** - Lower-inner quadrant; **174.4** - Upper-outer quadrant; **174.5** - Lower-outer quadrant; **174.6** - Axillary tail; **174.8** - Other specified sites of female breast; **174.9** - breast, unspecified.	**12 month**
☐ **196.____**	**Secondary and Specified/Unspecified Malignant Neoplasm of Lymph Nodes (with Breast Primary)** (Includes: **196.1** - Intrathoracic lymph nodes (bronchopulmonary, mediastinal, intercostal, tracheobronchial); **196.3** - Lymph nodes of axilla and upper limb (brachial, infraclavicular, epitrochlear, pectoral); **196.8** - Lymph nodes of multiple sites	**12 month**
☐ **198.____**	**Secondary Malignant Neoplasm of Other Site (with Breast Primary)** (Includes: **198.2** - Skin (skin of breast); **198.3** - Brain and spinal cord; **198.5** - Bone and bone marrow; **198.81** - Other specified sites (breast, excludes skin of breast); **198.89** - Other (with breast CA primary)	**12 month**
☐ **233.**	**Carcinoma in Situ, Breast**	**6 month**
☐ **233.0**	**Breast**	
CERVICAL CANCER		
☐ **180.____**	**Malignant Neoplasm, Cervix uteri** (Includes: **180.0 -** Endocervix (Cervical canal NOS, Endovervical gland, endocervical canal); **180.1** - Exocervix; **180.8** - Other specified sites of cervix (Cervical stump, squamocolumnar junction of cervix, malignant neoplasm of contiguous or overlapping sites of cervix uteri whose point of origin cannot be determined); **180.9** - Cervix uteri; unspecified	**6 month**
☐ **196.____**	**Secondary and Specified/Unspecified Malignant Neoplasm of Lymph Nodes (with Cervix Primary)** (Includes: **196.2** - Intra-abdominal lumph nodes (Intestinal, retroperitoneal, mesenteric), **196.5** - Lymph nodes of inguinal region and lower limb (Femoral, popliteal; groin, Tibial), **196.6** - Intrapelvic lymph nodes (Hypogastric, obturator, iliac, parametrial), **196.8** - Lymph nodes of multiple sites.	**6 month**
☐ **198.____**	**Secondary Malignant Neoplasm of Other Site (with Cervix Primary)** (Includes: **198.1** - Other urinary organs; **198.3** - Brain and spinal cord; **198.5** - Bone and bone marrow; **198.6** - Ovary; **198.82** - Genital organs; **198.89** - Other (with cervix CA primary)	**12 month**
PRE-CANCEROUS CONDITIONS		
☐ **233.1**	**Carcinoma in Situ Cervix** (Cervical Intra-epithelial Neoplasia Grade III only)	**3 month**
☐ **238.____**	**Neoplasm of Uncertain Behavior** (Includes: **238.2** - Skin (excludes: anus, skin of genital organs, vermillion border of lip); **238.3** - Breast (excludes skin of breast)	**3 month**
☐ **622.1**	**Dysplasia of Cervix** (Cervical Intra-epithelial Neoplasia Grade II only)	**3 month**

PROVIDER NAME (Confirming diagnosis)	PROVIDER MPI/NPI NUMBER	TELEPHONE NUMBER ( )
ADDRESS	STATE	ZIP CODE

PROVIDER AUTHORIZED SIGNATURE _____ DATE _____

PROVIDER: Please fax ( ) or mail this application back to the Department of Health's HealthyWoman Program Screening Contractor.

PART III. TO BE COMPLETED BY COUNTY ASSISTANCE OFFICE

1. ☐ APPLICANT IS ELIGIBLE FOR ONGOING MEDICAID - BEGINNING ▶ Month | Day | Year

2. ☐ APPLICANT IS NOT ELIGIBLE FOR ONGOING MEDICAID

REASON FOR REJECTION: ☐ NO DOCUMENTATION OF ALIEN STATUS

☐ OTHER:

COUNTY NUMBER

RECORD NUMBER

CATEGORY LINE NO.

CAO WORKER'S SIGNATURE

DATE