

La (agencia) Kalamazoo County Health and Community Services ofrece un Programa de navegación para el control del cáncer de mama y cervical (BCCCNP). Este programa de detección, apoyado por el Gobierno Federal y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan es parte de un plan nacional para reducir la cantidad de mujeres sin seguro médico que mueren de cáncer de mama o cervical. Esta información también incluyen los servicios de Seno otorgados por el Wrap Around Program que son financiados por Susan G. Komen Michigan.

PROPÓSITO DE ESTE PROGRAMA

El propósito del BCCCNP es descubrir si una mujer tiene cáncer de mama o cervical y, si tiene cáncer, ayudarla a obtener tratamiento para el cáncer. Las pruebas de detección regulares pueden ayudar a detectar un cáncer que puede estar presente cuando aún es muy pequeño y más fácil de tratar.

LO QUE LE OFRECE EL PROGRAMA

Las mujeres elegibles que cumplan con los requisitos de ingreso económico del programa pueden recibir los siguientes servicios:

SENOS

- Mujeres de 40 a 64 años: **prueba de detección de cáncer de mama (mamografía) y / o pruebas de seguimiento** (si es necesario) cuando el resultado es anormal en una mamografía.
- Mujeres de 21 a 39 años de edad: referidas a BCCCNP con **un examen clínico de senos anormal (CBE) y que requieren servicios de diagnóstico de senos.**

CERVIX

- La prueba de detección de cáncer cervical incluye una prueba de **Papanicolaou** y una prueba de VPH (si está indicada) de acuerdo con la edad del cliente.
 - o Mujeres de 21 a 29 años: **SOLAMENTE prueba de Papanicolaou**: la prueba de VPH no se acepta para este grupo de edades y no la paga el programa BCCCNP.
 - o Mujeres de 30 a 64 años: **prueba de Papanicolaou y prueba de VPH** según el protocolo médico de BCCCNP y los lineamientos de elegibilidad de detección de cáncer cervical.
 - o Mujeres de 21 a 64 años de edad: referidas a BCCCNP para **pruebas de seguimiento** con un resultado anormal en una prueba de detección de cáncer cervical.

ELEGIBILIDAD DEL PROGRAMA: (INICIAL)

1. Al inscribirme, me preguntarán si tengo seguro médico. Seré elegible para recibir servicios del programa, si cumplo con los otros criterios enumerados en este acuerdo **Y**:
 - No tengo seguro médico, **O**
 - Mi seguro médico **NO** cubre los servicios de detección y / o seguimiento del cáncer de mama cervical.**O**
 - Mi seguro médico tiene un deducible grande que debe pagarse antes de recibir los servicios y no puedo pagar el deducible.
2. Si obtengo un seguro después de inscribirme, debo notificar al BCCCNP y reportar con exactitud esta información.
 - Si no lo hago, entiendo que seré responsable de los costos que resulten de cualquier servicio que reciba del programa.
3. El BCCCNP está disponible para las mujeres que vivan en Michigan o que vivan cerca de la frontera de un estado vecino (Indiana, Ohio, Wisconsin, Minnesota) que planeen recibir servicios de detección y diagnóstico en Michigan.
 - Debo notificar al BCCCNP si mi estado de residencia cambia.
 - Si proporciono información incorrecta acerca de ser residente de Michigan o recibir servicios en Michigan, no seré elegible para ningún otro servicio y seré descalificada del BCCCNP.

Fax this completed form to LCA @ 269-373-5362

EL CONTENIDO DE ESTA FORMA PERMANECERÁ EN EFECTO UN AÑO DESPUÉS DE SU FIRMA O HASTA QUE LA CONCESION SE TERMINE.

NOTIFICACIÓN DE RESULTADOS DE EXÁMENES Y SEGUIMIENTO DE RESULTADOS ANORMALES: (INICIAL _____)

1. Se me informará de los resultados de estas pruebas de detección y de cualquier seguimiento adicional que pueda ser necesario.
2. Se ofrecen pruebas de seguimiento después de recibir un resultado anormal de detección de cáncer de mama y / o cervical.
3. Es mi decisión seguir o no las recomendaciones para el seguimiento de cualquier resultado anormal.
4. Si alguna prueba de detección muestra algo anormal, la agencia BCCCNP me ayudará a programar exámenes de seguimiento a través de los proveedores que participan en el programa.
5. Si tengo otro proveedor, se le informará sobre los resultados de las pruebas si proporciono una aprobación por escrito para divulgar esta información.

COSTO DE LOS SERVICIOS DEL PROGRAMA: (INICIAL _____)

1. El programa cubre los costos de las pruebas de detección y seguimiento del cáncer de mama y / o cáncer cervical **aprobados por el programa**.
2. Es posible que mi proveedor me recomiende otras pruebas o procedimientos.
 - Si las pruebas recomendadas no están aprobadas por el programa, el BCCCNP no puede pagar esas pruebas de seguimiento, exámenes y / o cargos adicionales.
 - Si no puedo pagar, la agencia BCCCNP trabajará conmigo para ayudarme a recibir los servicios necesarios. (por ejemplo, asistencia financiera y establecer un plan de pago si es necesario)
3. Entiendo que debo preguntar a la agencia BCCCNP qué **pruebas de seguimiento son aprobadas** por el programa antes de hacer las pruebas de seguimiento. Entiendo que si tengo pruebas de seguimiento que no están aprobadas por el programa, puedo ser responsable de los costos.

EN CASO DE DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA O CERVICAL: (INICIAL _____)

1. El BCCCNP no paga ningún servicio de **tratamiento** para el cáncer de mama o cervical.
2. Si se diagnostica un cáncer de mama o cervical, la agencia BCCCNP determinará si soy elegible para participar en un programa de Medicaid específico de BCCCNP que proporcionará cobertura de seguro médico para mi tratamiento contra el cáncer.
 - Al poner mis iniciales arriba, yo entiendo que una vez que haya completado el tratamiento del cáncer y / o ya no sea elegible para el BCCCNP, esta cobertura de seguro terminará.
3. Si no soy elegible para la cobertura de tratamiento a través de este programa de Medicaid, la agencia BCCCNP trabajará conmigo para ayudarme a recibir tratamiento. (por ejemplo, asistencia financiera y establecer un plan de pago si es necesario)

Este programa me ha sido explicado y se respondieron mis preguntas. Según mi entendimiento, he decidido participar en el BCCCNP. He podido hacer preguntas sobre este programa y esta forma y me han dado respuesta a mis preguntas. Según mi entendimiento de este programa de detección y seguimiento, deseo inscribirme. El número de teléfono de la agencia BCCCNP es (269 / 373-5213 or 1-888/243-4087).

Firma del cliente

Fecha

Firma del testigo

Fecha

Fax this completed form to LCA @ 269-373-5362

EL CONTENIDO DE ESTA FORMA PERMANECERÁ EN EFECTO UN AÑO DESPUÉS DE SU FIRMA O HASTA QUE LA CONCESION SE TERMINE.

**PERMISO PARA OBTENER LOS RESULTADOS DE LAS PRUEBAS
QUE AFECTAN EL CUIDADO DE MI SALUD**

La (agencia) Kalamazoo County Health and Community Services ofrece un Programa de navegación para el control del cáncer de mama y cervical (BCCCNP). Este programa ayuda a las mujeres a obtener servicios de diagnóstico y detección de cáncer de mama y cervical (si es necesario). Si a una mujer se le diagnostica cáncer de mama o cervical, el personal del programa la ayudará a obtener tratamiento contra el cáncer. Pruebas de detección regulares pueden ayudar a detectar un cáncer cuando aún es muy pequeño y es más fácil de tratar. Esta información también incluyen los servicios de Seno otorgados por el Wrap Around Program que son financiados por Susan G. Komen Michigan.

ENTIENDO QUE:

- Cualquier información personal mía mí será tratada como confidencial.
- Al firmar esta forma otorgo permiso para que mis proveedores compartan mi información y los resultados de las pruebas con el personal de BCCCNP.
- El personal de BCCCNP utilizará la información sobre los resultados de mis exámenes para ayudarme a obtener atención médica.
- La información sobre mí que no me identifica por nombre se utilizará en informes de grupo o para otros reportes relacionados con el control del cáncer de mama y cervical.

OTORGO PERMISO Y ACEPTO:

- Proporcionar a la Agencia Local de BCCCNP y al personal que administra el programa información sobre mí, incluyendo mi historial de salud y los resultados de pruebas de detección y seguimiento, y procedimientos relacionados con el cáncer de mama o cervical.
- Permitir que el personal de BCCCNP me ayude cuando sea necesario para obtener servicios de detección de cáncer de mama y cervical.
- Permitir que el personal de BCCCNP proporcione información sobre mi cuidado a:
 - o Mi proveedor de salud
 - o Cualquier médico especialista / proveedor de atención médica.
 - o Cualquier clínica u hospital al que pueda ser referida.
 - o Cualquier otra agencia individual designada por mí.
- Que el personal de la Agencia Local de BCCCNP se ponga en contacto conmigo por el método de mi preferencia (teléfono, correo electrónico) y me deje un mensaje sobre la información del cuidado de mi salud. (INICIAL) _____

He podido hacer preguntas sobre este programa y de esta forma y me han dado respuesta a mis preguntas. Según mi entendimiento de este programa de detección y seguimiento, doy permiso para que el personal de BCCCNP obtenga los resultados de mis pruebas.

El número de teléfono de la agencia BCCCNP es (269 /373-5213 OR 1-800/243-4087).

Firma del cliente

Fecha

Firma del Testigo

Fecha

Fax this completed form to LCA @ 269-373-5362

EL CONTENIDO DE ESTA FORMA PERMANECERÁ EN EFECTO UN AÑO DESPUÉS DE SU FIRMA O HASTA QUE LA CONCESION SE TERMINE.