

Información de inscripción de elegibilidad

Cuántos Años tiene	Ingresos de la Familia antes de impuestos	Cuántas personas viven en la casa		
Apellido	Primer Nombre	Inicial de medio nombre	Otro apellido que ha usado	
Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social			
Dirección de Correo	Ciudad	Estado	Código postal	Condado

Numero de Telefono (¿se puede dejar mensaje sobre elegibilidad/citas en este telefono?) Sí No
 Telefono de su casa: () Numero celular: () | Correo electrónico

Antecedente Étnico

¿Es usted Latino? (Hispano/Latino)
 Sí No No se sabe

Raza ¿Qué raza(s) te describen mejor?

Blanco Indio Americano o Nativo de Alaska Negro o Africano Americano
 Asiático Nativo Hawaiano o del Pacifico U otro no conocido

Cubrimiento de Salud

¿Usted tiene Medicare parte B? Sí No ¿Usted tiene Medicaid? Sí No
 ¿Usted tiene seguro de Salud? Sí No Sí tiene nombre de Compañía de seguro _____
 ¿Cual es la cantidad de su deducible? _____
 ¿Ha sido usted referido al seguro de salud del Mercado o para ampliar su Plan de Medicaid? Sí No Fecha referido _____

Antecedentes médicos

¿Esta teniendo problemas con sus senos? Sí No ¿Se ha hecho usted la Prueba de Papanicolaou? Sí No
 ¿Se ha hecho usted una mamografía? Sí No Fecha de la Papanicolaou _____
 Fecha de la mamografía _____ ¿Se ha hecho usted una Histerectomía? Sí No Desconocido
 ¿Tiene usted implantes de senos? Sí No ¿Sí es sí, fue hecha cáncer de cuello uterino? Sí No Desconocido
 ¿Tiene usted o alguien de su familia antecedentes del cáncer de mama?? Sí No Desconocido ¿Sí es sí, todavía tiene el cuello uterino? Sí No Desconocido

Sensación de tabaco

MT Línea para dejar de fumar 1-800-784-8669

¿Usa usted tabaco? Sí No

Sí, estoy listo para dejar de fumar y pedir una especialista para dejar el Tabaco en línea que me llame.
 Soy consciente de que mi línea MT Quit informará a mi proveedor sobre mi participación. Si es sí, favor de firmar el documento. Llamado MT Tabaco Quit Line Patient Fax Referral Form Authorization para revelar información sobre el uso de su información personal (Consent Authorization Disclosure Health Care Information Page).
 Sí, pero no quiero dejar una especialista para dejar el tabaco que me llame.

¿Cómo se enteró de este programa? (Por favor, marque todo lo que corresponda)

Proveedor de servicios médicos (Nombre del Proveedor) _____
 Internet Rosa púrpura tarjetas de folletos Televisión Previamente matriculado Amigo/Familia
 Presentación MAIWHC Feria de Trabajos/Salud/Pow Wow Promoción especial Periódico/Boletín
 Oficina Gubernamental Radio Otra Manera _____

Por favor, continúe en la página siguiente.



Nombre del cliente: _____

¿Como le podemos ayudar?

Nuestra misión es mejorar y proteger a los habitantes de Montana, creando las condiciones para una vida saludable.

¿En qué áreas de la salud le gustaría que le ayudáramos?

¿Hay algunas circunstancias que podrían impedirle recibir servicios de detección de cáncer?

Describe las circunstancias a continuación, si no hay ninguna, marque "Ninguna".

La falta de transporte Tiempo de trabajo Ninguno
Otra describa

¿Necesita ayuda con cualquiera de los siguientes servicios médicos? Marque todo lo que corresponda o marque "Ninguno".

Dificultad con el oído Dificultad con la visión
Dificultad para vestirse o bañarse dificultad
Dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones
Dificultad con la movilidad, tales como caminar o subir escaleras
Dificultad para realizar mandados, tales como ir al consultorio de un médico o de compras
Otra
Ninguna dificultad

Tenemos recursos e información disponible de los siguientes temas. ¿De cuáles temas le gustaría a usted y a su familia aprender más?

Los programas para manejar el artritis
Diabetes Asthma Injury Prevention
Salud cardiovascular
Nutrición y actividad física
Mantenimiento de enfermedad Crónica: Vivir una Vida Bien
Ninguno



Por favor leer y firmar el consentimiento informado y autorización para revelar información cuida.

Uso de la oficina

State ID _____

Eligibility Determined by: _____

Date: _____

Prior approval given by: _____

Date: _____



Favor de leer y firmar



Nombre del cliente:

Consentimiento informado y autorización para revelar información sobre el Cuidado de su Salud.

Los programas de control de cáncer de Montana (MCCP) reciben fondos del Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) Para proporcionar servicios para la residentes de Montana que son elegibles basado en sus ingresos y edad. Mujeres pueden ser examinados para el cáncer de mama y du cuello uterino a través de este programa. Cada vez que un cliente se analiza para detectar el cáncer de mama, puede recibir un examen de los senos y una mamografía. Para el cáncer de cuello de útero, un cliente puede recibir un examen pélvico y una prueba de Papanicolaou, si alguna de las pruebas iniciales son anormales, más pruebas de diagnóstico puede ser necesarias. Estas puede incluir una mamografía de diagnóstico, la ecografía y la biopsia o de la mama o tejido cervical. MCCP proporcionará servicios de navegación al paciente que le ayudarán a completar todas las pruebas de diagnóstico y encontrar recursos que pueden ayudar en el tratamiento si es necesario. Al inscribirse en el MCCP usted está aceptando la responsabilidad de mantener las citas y completar todas pruebas de diagnóstico que sean recomendado por su proveedor médico.

Los servicios no cubiertos

El MCCP sólo proporciona servicios de mama y detección de cáncer cervical y pruebas diagnósticas limitadas. El programa no cubre servicios para otras condiciones de salud, algunos servicios de diagnóstico o el tratamiento del cáncer. Si necesita servicios que no están cubiertos, MCCP lo referirá a las agencias que pueden ayudar pagar por estos servicios. Entiendo que se me puede cobrar por servicios no cubiertos por el MCCP.

Información del seguro

Yo entidno que he cumplido con los lineamientos de legalidad para la MCCP. Puede que tenga cobertura de seguro y todavía ser elegible para participar. Sin embargo mi seguro será facturado primero por los servicios de detección de cáncer si los servicios no son totalmente reembolsados por mi seguro, el MCCP pagará el saldo pendiente de pago hast llegar a la tasa mínima de reembolso de Medicare.

Confidencialidad

Cualquier información proporcionada por mí será confidencial, lo cual significa que la información estará disponible para mi profesional de la salud y el personal MCCP. El personal de MCCP incluye el sitio administrativo, el Departamento de Salud Pública y Servicios Humanos, y las organizaciones tiberales del Servicio de Salud de Indigenas y sus unidades que han sido designadas a trabajar con MCCP. Los informes del programa incluirán información sobre los grupos de clientes y no identificarán a ningún cliente por nombre o afiliación tribal.

Autorización para revelar información sobre el Cuidado de Salud

Doy mi consentimiento y autorizo el intercambio mutuo de registros de detección y diagnósticos entre el personal MCCP, el profesional del cuidado de la salud, el laboratorio que lea mi prueba do Papanicolaou, y el servicio de radiología donde mi mamografía se realice con respecto a los servicios relacionados con MCCP que hagan sido recibidos hasta seis meses después de la fecha indicada a continuación. Esta autorización expira treinta meses después de la fecha en que se firme este documento.

He leído la información proporcionada en este documento, debatido esta y otro información sobre el MCCP y estoy de acuerdo en participar en el programa. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el MCCP y he recibido respuestas a cualquier pregunta que tenía. Toda la información, incluyendo finanzas y beneficios de seguro que he proporcionado a la MCCP es cierta a lo mejor de mi conocimiento. Yo entiendo que mi participación es voluntaria y que puedo abandonar el MCCP en cualquier moment.

Montana Tabaco Quit Line autorización para compartir el formulario de referencia:

Sí, estoy listo para dejar de fumar y pedir que una especialista para dejar el tabaco me llaman. Entiendo que Montana Tobacco Quit Line informará a mi proveedor acerca de mi participación. **Firma del cliente:** _____

Firma del cliente: _____

Nombre Completo: _____

Fecha: _____
MM / DD / YYYY