

Lista de Control para la Solicitud de Matrícula

Marque la casilla(s) por el programa en la cual desea matricularse

- Programa de Chequeo para Cáncer Cervical (*mamografía y Papanicolaou gratis*)
- Programa de Chequeo Colorrectal (*colonoscopia gratis*)

Lea, complete y firme los siguientes documentos:

Solicitud de Matrícula

- Conteste toda pregunta para el procedimiento que solicita
- Favor de escribir claramente con letra de molde

Favor de enviar la solicitud por correo o fax:

Dirección: Wyoming Integrated Cancer Services
6101 Yellowstone Road, Suite 510
Cheyenne, WY 82002

Fax: (307) 777-3765

Teléfono: (307) 777-3699 o 1-800-264-1296

Web: www.health.wyo.gov/publichealth/prevention/cancer

Pautas Federales de Pobreza de 2016

Pautas de ingreso usadas para determinar si califica para colonoscopia, Papanicolaou o mamografía gratis

(Basadas en ingreso bruto antes de sacar impuestos):

Número de Personas en la Familia	250% Pautas de Pobreza	Mensual	Por Hora
1	\$30,150	\$2,513	\$14.51
2	\$40,600	\$3,383	\$19.53
3	\$51,050	\$4,254	\$24.56
4	\$61,500	\$5,125	\$29.59
5	\$71,950	\$5,996	\$34.62
6	\$82,400	\$6,867	\$39.65
7	\$92,850	\$7,738	\$44.67
8	\$103,300	\$8,608	\$49.70
Por cada persona adicional, añade	\$10,400	\$867	\$5.00

Los Programas de Chequeo para Cáncer Colorrectal y Programa de Detección Temprana de Cáncer de Mama y Cerviz usan 250% de las pautas de pobreza para decidir si reúne los requisitos. Las pautas de pobreza se actualizan anualmente por el gobierno federal. Se encuentran las pautas de pobreza actuales en <http://aspe.hhs.gov/poverty/14poverty.cfm>

Formulario de Matrícula para Programas de Chequeo de Mama y Cerviz

Me matriculo en: **Marque casilla(s)** **Mama y Cerviz (WBCC)** Y/O **Colorrectal (WCCCP)**

Office use only
Copy to:

Nombre		Iniciales	Apellido		Apellido de soltera <small>(si se aplica)</small>	
Dirección			Ciudad	Estado	Zip	Natalicio / /
Edad						

Teléfono en Casa	Teléfono de Trabajo	Celular	¿Cómo escuchó del programa?
-------------------------	----------------------------	----------------	------------------------------------

Contacto Alternativo:
 Persona: _____
 Parentesco: _____ Teléfono: (____) _____

¿De qué raza/etnicidad es? (marque lo que se aplica)

<input type="checkbox"/> Indio Americano	<input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano	<input type="checkbox"/> Masculino
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Asiático	
<input type="checkbox"/> Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Islas del Pacífico/Hawaiano	
<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Desconocido	

Femenino

¿Cómo escuchó del programa?

<input type="checkbox"/> Doctor	<input type="checkbox"/> Amigos
<input type="checkbox"/> Programa de Mama y Cerviz	<input type="checkbox"/> Radio
<input type="checkbox"/> Familia	<input type="checkbox"/> Cartel
<input type="checkbox"/> Evento Comunitario	<input type="checkbox"/> Televisión
<input type="checkbox"/> Correo/Volante	<input type="checkbox"/> Clínica gratis/CHC
<input type="checkbox"/> IHS	<input type="checkbox"/> Feria de la Salud
<input type="checkbox"/> Otro proveedor de salud	<input type="checkbox"/> Sitio Web
<input type="checkbox"/> Enfermera de Salud Pública	
<input type="checkbox"/> Servicios de Recursos para Cáncer de WY (WCRS)	
<input type="checkbox"/> Periódico/Revista	
<input type="checkbox"/> Otro _____	

¿Cuál es su idioma primario?
 Inglés Español Otro _____

Número de Seguro Social: (Opcional) ____ _

Nombre del Proveedor de Salud(Si se aplica)

Nombre-----
Teléfono : () -----
Nombre de la clínica:-----
Ciudad: -----

Datos de Seguro Médico *(La WCCSP sirve a residentes de Wyoming que carecen de seguro o están infra asegurados. Favor de notificar a su médico de todo seguro privado que tenga; deben cobrar a su seguro antes de cobrar a WCCSP.)(La WBCC sirve sólo a residentes no asegurados)*

¿Actualmente tiene seguro privado? Sí No

¿Cubre el costo de la colonoscopia? Sí No No sé

Tiene Medicare? No Sí **¿Sólo Parte A?** o **Parte A y B**

Tiene Medicaid? No Sí

Ingreso Actual (ponga ingreso bruto antes de impuestos)
 Su ingreso familiar actual:-----
 ¿Cuántas personas viven de este ingreso? -----

Uso exclusivo de la Oficina:

Aprobado-----
Negado-----
Fecha: -----
Notas del Personal: -----

ID del Estado# -----

Firma del Paciente: -----
Nombre con letra de molde : -----
Fecha de Hoy : ---- /---- /---- (mm/dd/aaaa)

Declaración de Confidencialidad, Conformidad y Permiso
 La información que he provisto es certera según mi leal saber y entender. Entiendo que si soy aceptado en este programa, y a sabiendas he provisto información falsa, se me podrá obligar a repagar todo beneficio que haya recibido. Entiendo que podría ser procesado por fraude si: (a) he provisto información falsa y/o (b) algún cambio a mi ingreso y/o estado de seguro no son declarados

después de haber sido matriculado. Al acordar tomar parte de este programa, doy permiso a mis proveedores de salud, agentes de cobranza, Wyoming Department of Health, Wyoming Breast and Cervical Cancer Early Detection Program, the Colorectal Screening Program the Centers for Disease Control and Prevention, y otros involucrados en mi cuidado a compartir información obtenida con el propósito de chequeo, diagnosis, tratamiento, y evaluación del programa.
 Entiendo que la información recibida por Wyoming Breast and Cervical Cancer Early Detection Program o Colorectal Screening Program se tratarán de manera confidencial y que cualquier uso y divulgación será de acuerdo con la política de Wyoming Department of Health (WDH). Para información adicional en cuanto a los usos y divulgaciones de información protegida de salud por WDH, visite el sitio web HIPAA del departamento



Si está solicitando colonoscopia gratis

Historial Familiar

- ¿A cuántos miembros de su familia (padres, hermanos, hijos) se les ha dicho que tienen cáncer de colon o recto o pólipo en el colon?

Círcule uno: 0 1 2 3+ No sé

- ¿Cuántos de esos parientes tenían menos de 60 años cuando diagnosticados con cáncer o pólipos de colon?

Círcule uno: 0 1 2 3+ No sé

- ¿Algún doctor le ha dicho que ha tenido alguna de estas condiciones? (círcule todo lo aplicable)

Cáncer del colon o recto, Enfermedad de Crohn, Poliposis Adenomatosa Familiar (FAP), Cáncer no Poliposis Colorrectal Hereditaria (HNPCC), Enfermedad de Intestino Inflamatorio (IBD) , Colitis Ulcerosa

- ¿Está actualmente bajo cuidado médico por alguna de las condiciones susodichas? Sí No No sé

Historial Personal Alguna vez ¿ha tenido una de los siguientes análisis?

Sangre Oculta en Heces (FOBT) o Análisis FIT Sí Fecha ___/___/___ No No sé

Si sí, ¿su análisis fue positivo o negativo? Positivo Negativo No sé

Colonoscopia Sí Fecha ___/___/___ No No sé

Si sí, ¿hubo pólipos extirpados? Sí No No sé

He sido residente de Wyoming por lo menos 1 (un) año inmediatamente antes de someter esta solicitud.

SÍ NO

Si está solicitando una mamografía o Papanicolaou

Requisitos para la elegibilidad: Edad/Factor de riesgo, Ingreso (250% del nivel federal de pobreza), y NINGUN seguro médico

Actualmente ¿fuma/usa productos de tabaco? SÍ NO

Ha tenido Histerectomía? SÍ NO

Si sí, ¿fue extirpada su cerviz?

SÍ NO No Sé

¿Cuándo fue su último Papanicolaou? -----

¿Fue anormal? SÍ NO ****Si sí, vea instrucciones más abajo para informe requerido**

¿Cuándo fue su última mamografía? -----

¿Fue anormal? SÍ NO ****Si sí, vea instrucciones más abajo para informe requerido**

¿Cuándo fue su último examen clínico de senos? -----

¿Fue anormal? SÍ NO ****Si sí, vea instrucciones más abajo para informe requerido**

¿Ha tenido cáncer de mama? SÍ NO

Si sí, ¿cuándo? -----

****Si ha tenido un examen clínico de seno anormal, Papanicolaou y/o mamografía dentro de los últimos tres meses, favor de pedir una copia del informe a su proveedor de salud y envíe el informe por correo o fax junto con su solicitud. Si el informe no está incluido, el procesamiento de su solicitud será demorado.**