

**HOJA DE INSCRIPCIÓN ANUAL
PROGRAMA DE PRUEBAS DE CÁNCER EN LA MUJER/WISEWOMAN (MUJER SABIA)**

INSTRUCCIONES:

- Complete este formulario cada año, para el Programa de Pruebas de Cáncer en la Mujer (WCSP por sus siglas en inglés) cuando la participante sea elegible para hacerse las pruebas o si es la primera vez que la atiende en su oficina.
- Empiece llenando las secciones de abajo de "Elegibilidad de la Mujer" y la "Información de la Solicitante" (sección 1 y 2) más abajo.
- Haga que la participante lea la descripción del programa "WCSP" y de "WISEWOMAN" (sección 3), si es aplicable (edades 40-64) y firme la sección de "Elegibilidad Financiera y el Consentimiento para Compartir Información" (sección 4) al otro lado de esta hoja.
- **Complete este formulario y devuélvalo a:**

Med-IT # _____

DATA MANAGER
RHODE ISLAND DEPARTMENT OF HEALTH
WOMEN'S CANCER SCREENING PROGRAM
3 CAPITOL HILL
PROVIDENCE, RI 02908

Sección 1. Elegibilidad de la mujer

Requisitos y elegibilidad clínica para el Programa Pruebas de Cáncer en la Mujer (WCSP)	SÍ	NO
Edad 21-29: Citología solamente (prueba de Papanicolaou) cada 3 años		
Edad 30-39: Citología solamente (prueba de Papanicolaou) cada 3 años o prueba combinada (prueba de Papanicolaou y prueba del Virus del Papiloma Humano) cada cinco años		
(Mujeres menores de 40 años: tienen derecho a un examen clínico de seno si es realizado cuando le toque a la paciente hacerse la prueba del Papanicolaou)		
Edad 40-64: Citología solamente (prueba de Papanicolaou) cada tres años o prueba combinada (prueba de Papanicolaou y prueba del Virus del Papiloma Humano) cada cinco años; Y es elegible para un examen clínico de seno y una mamografía cada año sin importar cuando se haga la prueba del Papanicolaou)		
Edad mayores de 65: Solo son elegibles si no tiene Medicare Parte B o es indocumentada.		
Son elegibles para todos los servicios del programa Toda mujer de cualquier edad con una masa discreta, palpable o síntomas sospechosos de cáncer de seno.		
El seguro médico paga por las pruebas anuales de senos y de cáncer cervical		

- Si al menos marcó 2 de las áreas en negrita, continúe con la Elegibilidad de Ingresos para el "WCSP".
 Si seleccionó menos de 2 áreas en negrita, infórmele a la participante que no es elegible para el "WCSP".

Elegibilidad para el "WCSP" basada en los ingresos

Número de miembros de la familia que viven en la casa de la participante (incluyendo la participante): _____
 Total de ingresos familiares: \$ _____ (Marque una: Anual Mensual Semanal)
 Use la guía de niveles basada en ingresos familiares para el "WCSP" y así determinar si el número de miembros y los ingresos familiares hacen elegible para el programa a la solicitante. (La guía de niveles basada en los ingresos del "WCSP" es revisada anualmente.)
 Sí, la solicitante reúne los requisitos de elegibilidad para el "WCSP": _____
 (Iniciales del empleado)

"WISEWOMAN", Requisitos de elegibilidad

Llena los requisitos de elegibilidad para el "WCSP" y tiene entre 40 a 64 años.

Sección 2. Información de la solicitante

Nombre de la Participante: _____
 (Apellido) (Nombre) (Segundo nombre)
 Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____ Identificación/Archivo del Participante #: _____

¿Es usted ciudadana de EE.UU.? Sí No. Si la respuesta es no, ¿Cuál es su estado migratorio? (Marque una) Residente permanente legal: 5 años o más
 Residente permanente legal: menos de 5 años
 Indocumentada
(Nota: Participantes indocumentadas son elegibles para servicios de "WCSP".)

Fecha de nacimiento: _____ - _____ - _____ Teléfono: _____
 (Mes) (Día) (Año)

Dirección: _____

Ciudad/Pueblo: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Condado: Providence Kent Newport Bristol Washington (sur)

RAZA: Blanca Negra Asiática/Isla del Pacífico Nativa de América Otra No sé

¿Es usted de origen hispano? Sí No No sé

¿Ha tenido alguna vez una citología? Sí No No sé ¿FECHA DE LA ULTIMA CITOLOGÍA? ___/___/___

Si no sabe la fecha exacta de la última citología, cree que fue dentro de los últimos 2 años 3 años 4 años 5 años > 5 años

COMPLETE AMBOS LADOS. La firma es requerida y tiene seleccionar que está de acuerdo con el programa de WISEWOMAN.

Sección 3. Descripción del programa

Programa de Pruebas de Cáncer en la Mujer (WCSP, por sus siglas en inglés): El Departamento de Salud de Rhode Island (RIDOH por sus siglas en inglés) ha recibido fondos federales para proveer en el Estado servicios de pruebas de cáncer cervical y de seno a mujeres elegibles. Este programa ayudará específicamente a mujeres elegibles, pagando por los servicios que ayudan a la detección temprana de estos cánceres. Hacerse pruebas regularmente de seno y de cérvix, como lo recomienda la Sociedad Americana del Cáncer (ACS, por sus siglas en inglés), puede ayudar a disminuir el riesgo de morir por cáncer de seno o desarrollar cáncer cervical. Usted es elegible para formar parte de este programa. El programa ofrece:

- Pruebas de cáncer de seno, que incluye examen clínico y posiblemente una radiografía de senos llamada mamografía.
- Pruebas de cáncer cervical que incluye examen pélvico y raspado de cérvix (abrir el útero) llamado citología.
- Usted tiene que cumplir con los requisitos de elegibilidad del programa, como la edad, los ingresos y no tener seguro o cobertura limitada. Si llena estos requisitos, las pruebas y la mayoría de las citas de seguimiento no tendrán ningún costo para usted.
- Si el resultado de una de las pruebas es anormal, el programa puede pagar por algunos servicios para diagnósticos. Pero como esto es un programa de pruebas, no podrá pagar por ciertos servicios de cirugías o tratamientos. Si necesita cirugía o tratamiento después de un resultado anormal, es posible que usted sea elegible para cobertura adicional.

Programa “WISEWOMAN”:

El Departamento de Salud ha recibido fondos federales para proveer servicios de pruebas para detectar enfermedades cardiovasculares a mujeres entre los 40-64 años, que estén inscritas en el programa “WCSP”. El programa WISEWOMAN es para ayudar a reducir el riesgo de enfermedades del corazón, infartos y otras enfermedades crónicas, proveyendo exámenes de prueba y consejería sin costo alguno, el cual se enfocará en las formas de comer saludable, estar en forma y vivir bien. Además, “WISEWOMAN” puede ofrecer programas de apoyo para el comportamiento de salud sin ningún costo para la participante y así apoyar la alimentación saludable y la actividad física.

Sección 4. Elegibilidad financiera y consentimiento para compartir información

Para ser una participante del Programa de Pruebas de Cáncer en la Mujer de RI (WCSP, por sus siglas en inglés), usted tiene que consentir a las siguientes condiciones:

- Yo certifico que toda la información reportada en este formulario es verdadera de acuerdo a mis conocimientos y creencias.
- Yo he leído y entiendo la descripción del programa “WCSP” explicado en la sección 3.
- Yo autorizo proveer a “WCSP” toda la información relevante y concerniente a los resultados de mis pruebas de citología, exámenes de seno, mamografía y cuidados de seguimiento. Esta información se puede proveer a médicos, hospitales y/o clínicas, al Departamento de Salud, a cualquier persona autorizada y contratada por el Departamento de Salud y puede ser reportada anónimamente a los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés).
- Yo entiendo que cualquier información que se provea a “WCSP” y al Departamento de Salud se mantendrá confidencial. Esto quiere decir, que la información estará disponible solamente para mí, para mi proveedor de cuidados de salud y para el personal de “WCSP” y personal autorizado. La información también será usada sólo para cumplir con los propósitos de estos programas. Además, cualquier reporte publicado sólo tendrá estadísticas de grupos de mujeres, así no será posible identificar la información de ninguna persona.
- Yo entiendo que mi participación en estos programas es voluntaria, que puedo salirme del programa y que en cualquier momento puedo retirar mi consentimiento para compartir mi información.

[] Seleccione aquí, si está de ACUERDO con las condiciones para participar en el programa “WISEWOMAN”.

Como participante del programa “WISEWOMAN” estoy de acuerdo con:

1. Que la oficina de mi médico me chequee mi estatura, mi peso, mis medidas de cintura y caderas, la presión arterial; y me saquen muestras de sangre para chequear los lípidos (eje. Colesterol) y el azúcar en la sangre (eje. Glucosa).
2. Yo podría experimentar una pequeña incomodidad al sacarme las muestras de sangre. Estos exámenes no reemplazan un examen médico y tal vez no revelen si tengo un problema médico.
3. Si mi presión arterial o los exámenes de laboratorio están fuera de los niveles saludables y normales durante las pruebas para “WISEWOMAN”, podría ser referida a un proveedor de cuidados médicos, quien me ayudaría con estas preocupaciones médicas.
4. Si me sugieren que tenga un seguimiento con un proveedor de cuidados médicos, yo acepto la responsabilidad.
5. Además, entiendo que me harán preguntas acerca de mi historial médico y familiar, así como también preguntas acerca de salud.
6. Entiendo que mi información e historial médico será compartido con el Departamento de Salud y con los Centros para la Prevención y Control de Enfermedades (CDC). Antes de compartir mi información con “CDC” mi nombre será removido y así mi información será anónima. La información también será usada solo para cumplir con los propósitos del programa. Además, cualquier reporte publicado solo tendrá información de estadísticas de grupos de mujeres y así no será posible identificar la información de ninguna persona.
7. Entiendo que es muy importante que yo regrese al médico en 12 a 18 meses y así el Programa “WISEWOMAN” y yo podamos saber si hay algún cambio en los riesgos de mi enfermedad de corazón y determinar si aún soy elegible para el programa. Si determinan que aún soy elegible para el Programa “WISEWOMAN”, se realizarán las mismas pruebas y se llenarán los mismos formularios. Si ya no soy elegible, el médico puede proveerle al Programa “WISEWOMAN” mis resultados clínicos para determinar si los riesgos de enfermedades del corazón han cambiado.
8. Entiendo que la actividad física puede ser parte del Programa “WISEWOMAN”. Yo hablaré acerca de empezar un programa de ejercicios con el personal y/o les alertaré si tengo alguna preocupación acerca de mi habilidad para incrementar de forma segura mi nivel de actividad física actual. Además, si el personal del programa piensa que yo podría tener dificultades incrementando mi nivel de actividad física, yo podría ser referida a un médico para que determine si yo puedo participar de forma segura en la parte de actividad física de este programa.

FIRMA: _____ FECHA: ____/____/____

Mes Día Año

Place your office stamp here.

NOMBRE: (Letra imprenta): _____

(Nombre)

(Inicial segundo nombre)

(Apellido)