



# 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 de Wyoming (WBCC) (*mamografía y Papanicolaou gratis*)
- Programa de Chequeo Colorrectal de Wyoming (WCCSP) (*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](http://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	\$29,700	\$2,475	\$14.29
2	\$40,050	\$3,338	\$19.27
3	\$50,400	\$4,200	\$24.25
4	\$60,750	\$5,063	\$29.23
5	\$71,100	\$5,925	\$34.21
6	\$81,450	\$6,78	\$39.19
7	\$91,825	\$7,652	\$44.18
8	\$102,225	\$8,519	\$49.18
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 **WCCSP**

Office use only  
Copy to:

<b>Nombre</b>	<b>Iniciales</b>	<b>Apellido</b>	<b>Apellido de soltera</b> <small>(si se aplica)</small>
---------------	------------------	-----------------	--

<b>Dirección</b>	<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Zip</b>	<b>Natalicio</b> / /	<b>Edad</b> _____
------------------	---------------	---------------	------------	-------------------------	----------------------

<b>Teléfono en Casa</b>	<b>Teléfono de Trabajo</b>	<b>Celular</b>	<b>¿Cómo escuchó del programa?</b>
-------------------------	----------------------------	----------------	------------------------------------

**Contacto Alternativo:**  
 Persona: \_\_\_\_\_  
 Parentesco: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

<b>¿De qué raza/etnicidad es? (marque lo que se aplica)</b>	<input type="checkbox"/> <b>Masculino</b>	¿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 _____
<input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Islas del Pacífico/Hawaiano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> <b>Femenino</b>	

<b>¿Cuál es su idioma primario?</b> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____ _____	<b>Nombre del Proveedor de Salud(Si se aplica)</b> <b>Nombre</b> ----- <b>Teléfono :</b> ( ) ----- <b>Nombre de la clínica:</b> ----- <b>Ciudad:</b> -----
<b>Número de Seguro Social: (Opcional)</b> _ _ _	

**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? -----

<b>Uso exclusivo de la Oficina:</b> <b>Aprobado</b> ----- <b>Negado</b> ----- <b>Fecha:</b> ----- <b>Notas del Personal:</b> ----- ----- ----- <b>ID del Estado#</b> -----	<b>Firma del Paciente:</b> -----  <b>Nombre con letra de molde :</b> -----  <b>Fecha de Hoy :</b> ----- /----- /----- (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.**