



If you have any questions or need help filling out this application, contact the program at 1-800-264-1296.



Solicitantes: Usted está solicitando ayuda financiera para el costo de mamografías, pruebas de Papanicolaou o exámenes de detección de cáncer colorrectal. Al completar esta solicitud, expresa su interés en realizarse los exámenes de detección de cáncer que su proveedor médico le recomendó. **Su elegibilidad para el programa se decidirá una vez que envíe la solicitud completa. Asegúrese de completar todas las secciones según su leal saber y entender.**

Proveedores: Si está completando esta solicitud para un cliente, incluya los datos de su clínica a continuación para que desde el programa puedan comunicarse en caso de que tengan que hacerle preguntas.

Nombre de la clínica: _____ **Dirección de correo electrónico:** _____

Teléfono de la clínica: _____ **Fax de la clínica:** _____

Las solicitudes se procesan en un plazo de 7 a 10 días hábiles

Formulario de inscripción para el programa de detección de cáncer colorrectal, de seno y de cuello uterino

Información del solicitante

Nombre, segundo nombre, apellido:	Fecha de nacimiento: Edad:
-----------------------------------	-------------------------------

Sexo: Femenino Masculino Transgénero femenino Transgénero masculino

¿Es ciudadano estadounidense? SÍ o NO <i>Esto no influye en la elegibilidad y solo se utiliza para fines de información.</i>	Número de seguro social: <i>Obligatorio si tiene un SSN. Si no tiene un SSN, márquelo como N/A.</i>
---	--

Número de teléfono residencial: Número de teléfono celular:	Dirección de correo electrónico:
--	----------------------------------

Desde el programa pueden enviarle por medios electrónicos recordatorios u otros tipos de actualizaciones importantes. Marque todas las formas en las que puedan contactarlo desde el programa. Mensaje de texto Correo electrónico

¿Dónde recibe el correo? (Incluya la calle, casilla postal o núm. de depto.)	Condado:
--	----------

Ciudad:	Estado:	Código postal:
---------	---------	----------------

OBLIGATORIO: ¿Cuántas personas dependientes (incluido usted) viven en su hogar?

OBLIGATORIO: ¿Cuánto ganan las personas que viven en su hogar, en forma conjunta, antes de impuestos? <i>Puede encontrar más información sobre el cálculo de ingresos aquí: https://www.healthcare.gov/income-and-household-information/</i>	\$ _____ <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Por quincena <input type="checkbox"/> Por mes <input type="checkbox"/> Por año
---	--

¿Cuál es su raza/origen étnico? (marque con un círculo todas las opciones que correspondan)

Indígena norteamericano	Caucásico/blanco	Asiático	De origen no hispano/latino
Negro o afroestadounidense	Nativo de Hawái/islas del Pacífico	Hispano o latino	Otra/Prefiero no responder

¿Cuál es su idioma primario? ¿Le gustaría un intérprete? **SÍ** o **NO**

¿Tiene seguro médico privado en la actualidad? **SÍ** o **NO** *Si contestó que sí, complete la siguiente pregunta e incluya con esta solicitud una copia de su tarjeta del seguro. Información de contacto en la página 2.*

Nombre de la compañía de seguros:	Número de póliza:
Número de grupo:	Fecha de nac.del titular de la póliza:
Nombre completo del titular de la póliza:	Fecha de inicio de la póliza (si la sabe):

¿Tiene Medicaid? **SÍ** o **NO**

¿Tiene Medicare? **SÍ** (Marque con un círculo una opción) Parte A solamente Partes A y B Parte B solamente **NO**

¿Actualmente es elegible para el Programa federal de Medicare? **SÍ** o **NO**

Nombre de su proveedor de servicios de salud:

¿En la actualidad, fuma o consume productos de tabaco? *Esto no afecta la elegibilidad.* **SÍ** o **NO**
Si consume productos de tabaco, será derivado a un instructor de la Línea para dejar de fumar que se contactará con usted en aproximadamente treinta (30) días.

Marque esta casilla si **no** desea que lo contacte un instructor de la Línea para dejar de fumar.

Línea para dejar de fumar de Wyoming: 1.800.QUIT.NOW / quitwyo.org

Complete ÚNICAMENTE si solicita una mamografía o prueba de Papanicolaou gratis

¿Tiene actualmente algún problema en los senos o en el cuello uterino? **SÍ o NO** Si la respuesta es sí, explique:

¿Alguna vez se le realizaron los siguientes exámenes de detección?

Prueba de Papanicolaou **SÍ o NO** Si la respuesta es sí, ¿cuándo? ¿El resultado fue **normal** o **anormal**? (Marque con un círculo su respuesta)

Prueba de HPV **SÍ o NO** Si la respuesta es sí, ¿cuándo? ¿El resultado fue **positivo** o **negativo**? (Marque con un círculo su respuesta)

Mamografía **SÍ o NO** Si la respuesta es sí, ¿cuándo? ¿El resultado fue **normal** o **anormal**? (Marque con un círculo su respuesta)

Examen clínico de los senos **SÍ o NO** Si la respuesta es sí, ¿cuándo? ¿El resultado fue **normal** o **anormal**? (Marque con un círculo su respuesta)

¿Se realizó una mastectomía doble? **SÍ o NO** ¿Se realizó una histerectomía? **SÍ o NO**

¿Tuvo cáncer de seno? **PASADO o PRESENTE o NO**

¿Alguna vez recibió terapia hormonal (no incluye anticonceptivos)? **SÍ o NO**

¿Se le informó que tiene una mutación genética conocida del gen BRCA1 o el BRCA2? **SÍ o NO**

¿Su madre, alguna hermana o hija fueron diagnosticadas con cáncer de seno premenopáusicas, o tienen una mutación genética conocida del gen BRCA1 o BRCA2? **SÍ o NO**

¿Recibió radiación en el área del tórax antes de los 30 años? **SÍ o NO**

Complete ÚNICAMENTE si solicita una detección de cáncer colorrectal gratis

Debe ser mayor de 45 años para ser elegible

¿Reside en Wyoming desde hace al menos 1 año? **SÍ o NO**

Si la respuesta es no, ¿en qué mes se mudó a Wyoming? _____
(Tenga en cuenta que para las pruebas de detección de cáncer colorrectal, se podrá retener su solicitud hasta que haya alcanzado el estado de residencia de 1 año).

¿Tiene actualmente algún problema en el intestino? **SÍ o NO** Si la respuesta es sí, explique:

¿Se ha realizado una colonoscopia en los últimos 10 años? **SÍ o NO** Si la respuesta es sí, ¿cuándo? _____

Si le hicieron una colonoscopia, ¿le quitaron pólipos? **SÍ o NO o No sabe**

Autorización

Al firmar a continuación, certifico que la información proporcionada es precisa a mi leal saber y entender. Entiendo que si me aceptan en este programa y a sabiendas proporcioné información falsa, es posible que se me pida pagar por cualquier beneficio recibido. Autorizo a los proveedores de atención médica, las agencias de facturación, el Departamento de Salud de Wyoming (Wyoming Department of Health, WDH), los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades y otras personas que participan en mi atención a compartir la información médica obtenida. Autorizo a que el programa deje mensajes en mi buzón de voz, contestador automático, a mis familiares o mediante notificaciones electrónicas, como mensajes de texto o correo electrónico. El Departamento de Salud de Wyoming (WDH, por sus siglas en inglés) usa la información de conformidad con las leyes estatales y federales y el Aviso de Prácticas de Privacidad (NoPP, por sus siglas en inglés) del WDH. El NoPP del WDH puede encontrarse en el sitio web del Departamento de Salud de Wyoming: health.wyo.gov, o bien, puede solicitar una copia llamando al 1- 800- 264- 1296.

Firma del paciente:

Fecha:

Nombre en letra imprenta:

Presente esta solicitud por correo electrónico, correo postal o fax: Fax: (307) 777-3765 Correo electrónico:

wdh.cancerservices@wyo.gov

Dirección postal:

Wyoming Cancer Program

122 West 25th Street, 3rd Floor West

Cheyenne, WY 82002

Si tiene seguro, envíe una copia, versión escaneada o fotografía de su tarjeta del seguro por correo electrónico, correo postal o fax. Si necesita más opciones, comuníquese con el programa para obtener instrucciones.

Uso exclusivo de la oficina:

Aprobado

Denegado

Fecha:

Notas del personal:

ID del estado:

Loc. de ref.: