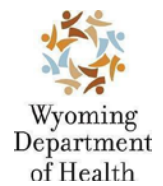




Office use only:	Approved	Denied	Date:
Staff Notes:			Enrollment Site:



Wyoming Cancer Program Enrollment Form

Applications typically process in 14 to 21 business days

Patient Clinical, Screening, and Risk Assessment Information To be Completed by Healthcare Provider Staff or Healthcare Facility If a section does not apply to the patient or the facility, please mark it 'N/A' or cross it out.			
Clinic Name:		Clinic Email:	
Clinic Phone:		Clinic Fax:	
If the WCP has questions about this application, who do we contact at the clinic?			
Patient Name:		Patient DOB:	
Cervical Cancer Screening History			
Is this the patient's first ever Pap test?	YES	NO	Screening(s) Ordered: ☐ Pelvic exam ☐ Pap test ☐ Pap test with HPV test ☐ HPV test ☐ Colposcopy ☐ Other: _____ _____ _____
Has it been more than 10 years since their last Pap test?	YES	NO	
When was the patient's most recent Pap test? (MM/YY):			
What were the results of the patient's most recent Pap test?			
Has the patient ever had an HPV test?	YES	NO	
When was the patient's most recent HPV test? (MM/YY):			
What were the results of the patient's HPV test?			
Has the patient had a total hysterectomy?	YES	NO	
If YES, was this due to cervical cancer?	YES	NO	
Do you consider the patient high risk for cervical cancer?	YES	NO	
If the patient is experiencing any issues with their cervix, please list their symptoms/clinical presentation:			
Breast Cancer Screening History			
Has the patient had a double mastectomy?	YES	NO	Screening(s) Ordered: ☐ CBE ☐ Mammogram ☐ Diagnostic Mammogram ☐ Ultrasound ☐ Breast MRI ☐ Other: _____ _____
Has the patient ever taken hormone replacement therapy?	YES	NO	
Has the patient ever had a mammogram?	YES	NO	
When was the patient's most recent mammogram? (MM/YY):			
What were the results of the patient's last mammogram?			
Do you consider the patient high risk for breast cancer?	YES	NO	
If the patient is experiencing any issues with their breast, please list their symptoms/clinical presentation:			
Colorectal Cancer Screening History			
Has the patient had a colonoscopy in the last 10 years?	YES	NO	Screening(s) Ordered: <i>Must be age 45+ to be eligible</i> ☐ FIT Kit ☐ Cologuard ☐ Colonoscopy
When was the patient's most recent colonoscopy? (MM/YY):			
Did the patient have polyps removed?	YES	NO	
Do you consider the patient high risk for colon cancer?	YES	NO	
If the is patient experiencing any issues with their bowels, please list their symptoms/clinical presentation:			
❖ The Wyoming Cancer Program follows USPSTF guidelines for all average risk, preventive screenings. Patients who are considered high risk may be eligible for additional services. ❖ Providers are encouraged to provide additional documentation such as pathology reports, radiology reports, or clinical notes if you believe it to be helpful in determining eligibility. ❖ Refer to the WCP Provider Manual for more information on the screening program processes and procedures.			

Applicant Information/Información del solicitante To be Completed by Applicant or Medical Representative/Para que la complete el o representante médico solicitante All fields in the applicant section are required/Todos los campos en la sección de solicitantes son obligatorios, las solicitudes incompletas no serán procesadas.		
Nombre, inicial del segundo nombre, apellido (<i>nombre tal como aparece en la identificación emitida por el Gobierno</i>):		Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA)
Género: ☐ Mujer ☐ Hombre ☐ Mujer transgénero ☐ Hombre transgénero		
¿Es usted ciudadano estadounidense? SÍ NO <i>Esto no afecta la elegibilidad y solo se utiliza para fines informativos.</i>	Número de Seguro Social: Obligatorio si tiene un Número de Seguro Social. Si no tiene un Número de Seguro Social, marque como N/A.	
Número de teléfono:	Dirección de correo electrónico:	
¿Dónde recibe el correo? (Dirección, incluidas casillas de correo o número de apartamento)		Condado:
Ciudad:	Estado:	Código postal:
¿Cuál es su origen étnico?: ☐ Origen hispano ☐ Origen no hispano ¿Cuál es su raza? ☐ Indígena americana ☐ Asiática ☐ Negra/afroamericana ☐ Esquimal ☐ Nativa de Hawái ☐ Isleña del Pacífico ☐ Blanca ☐ Otra/desconocida: _____		
¿Cuál es su idioma de preferencia?	¿Desea un intérprete?	SÍ NO
¿Tiene actualmente un seguro médico privado?		SÍ NO
¿Tiene Medicaid?		SÍ NO
¿Actualmente fuma o consume productos de tabaco? <i>Esto no afecta a la elegibilidad.</i>		SÍ NO
¿Vivió en Wyoming por lo menos un año?		SÍ NO
¿Cuántas personas a su cargo (incluido usted) viven en su hogar? _____		
¿Cuál es el total de ingresos del hogar antes de impuestos? \$ _____ ☐ Mensual ☐ Anual ¿No está seguro de a quién debe contar en su hogar? Encontrará más información sobre el cálculo de los ingresos familiares aquí: https://www.healthcare.gov/income-and-household-information/ .		

Autorización

Al firmar a continuación, certifico que la información que he facilitado es exacta según mi leal saber y entender. Entiendo que, si me aceptan en este programa y he proporcionado información falsa a sabiendas, se me puede exigir que devuelva cualquier beneficio que haya recibido. Doy mi permiso a los proveedores de asistencia médica, a las agencias de facturación, al Departamento de Salud de Wyoming (Wyoming Department of Health, WDH), a los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, y a otras personas implicadas en mi atención para que compartan la información médica obtenida. Doy mi permiso para que el programa deje mensajes en mi buzón de voz, contestador automático, a mis familiares o a través de notificaciones electrónicas, como el correo electrónico. El WDH utiliza información de conformidad con las leyes estatales y federales, y el Aviso de Prácticas de Privacidad (Notice of Privacy Practices, NoPP) del WDH. El NoPP del WDH se puede encontrar en el sitio web del WDH en www.health.wyo.gov o se puede solicitar una copia llamando al 1-800-264-1296.

Firma del paciente:

Fecha:

Nombre en letra de molde:

* El Programa Contra el Cáncer de Wyoming no es una póliza de seguro de salud; se limita a pagar estudios de detección del cáncer de mama, cervical y colorrectal a pacientes calificados.

Envíe esta solicitud completada por correo electrónico, correo postal o fax:

Dirección postal: **Programa Contra el Cáncer de Wyoming**
122 West 25th Street 3rd Floor West
Cheyenne, WY 82002

Fax: **1-307-777-3765**
 Correo electrónico: wdh.cancerservices@wyo.gov

Las solicitudes se tramitan en un plazo de 14 a 21 días laborables.