

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN, DIVULGACIÓN Y ELEGIBILIDAD DEL PROGRAMA DE TRATAMIENTO DE CÁNCER DE SENO Y DE CUELLO UTERINO

Escriba en letra de imprenta

FOR OFFICE USE ONLY

Apellido		Nombre		BCCHP Prime Contractor	Diagnosis Date
Fecha de nacimiento		Número de Seguro Social		BCCHP Case Manager Information CM Name:	
Dirección				CM Phone:	CM Fax:
Ciudad		Estado	Código Postal	BCCHP ID #	Medicaid ID #
Números telefónicos: ¿Se pueden dejar mensajes? ☐ Sí ☐ No Residencial: Celular: Alternativo:				Clinic Chart #	Clinic Name
¿Cuáles son sus ingresos familiares <u>antes</u> de impuestos? \$ _____ por: ☐ semana ☐ mes ☐ año Número de personas viviendo en su hogar a las que se mantiene con ingresos familiares: _____					
¿Tiene seguro médico? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí, indique la compañía: _____ N.º de póliza _____					
¿Tiene alguna factura del diagnóstico de cáncer de cuello uterino o de seno sin pagar? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí: indique el número de meses antes de su fecha de diagnóstico cuando las pruebas comenzaron y no las cubría el BCCHP o un seguro: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3					
¿Es residente del Estado de Washington? ☐ Sí ☐ No					
¿Es ciudadano estadounidense? ☐ Sí ☐ No ¿Nació en territorio estadounidense? ☐ Sí ☐ No ¿Dónde? _____					
¿Es residente estadounidense permanente? ☐ Sí ☐ No ☐ No aplica Residente permanente desde: (fecha en la tarjeta de Residencia Permanente (P.R.)) _____ (solo es necesario copiar la tarjeta PR una vez para la solicitud inicial, no para renovaciones)					
¿Idioma principal? (marque todas las que correspondan, encierre en un círculo su opción de preferencia) ☐ Inglés ☐ Español ☐ Vietnamita ☐ Chino ☐ Coreano ☐ Camboyano ☐ Ruso ☐ Otro (especifique: _____)					

Entiendo que:

- Se me está remitiendo al Programa Apple Health de Medicaid de la Autoridad de Atención Médica (Health Care Authority, HCA) del Estado de Washington para la cobertura médica del tratamiento de cáncer de cuello uterino y de seno.
- Esta información no se compartirá con los Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos (U.S. Citizenship and Immigration Services, USCIS).
- Doy al Programa para la Salud de Seno, Cuello Uterino y Colon (BCCHP) la divulgación de historiales médicos para documentación del tratamiento.
- Le doy al Estado de Washington los derechos sobre cualquier beneficio de apoyo médico y sobre cualquier pago de un tercero por atención médica.

Leí y comprendí la información anterior. Declaro, bajo pena de perjurio, que la información que proporcioné es verdadera, correcta y completa a mi leal saber y entender.

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

Firma del Gestor del Caso: _____ Fecha: _____

FOR BCCHP CASE MANAGER USE:		
Initial eligibility screening date: _____	Re-verification date: _____	Remains eligible: ☐ Yes ☐ No (If no, explain in notes)
Requested coverage start date: _____	AEM / ERSO: ☐ Yes ☐ No	BCCHP Consent form current: ☐ Yes ☐ No
Case Management Notes:		

Authorization#: _____ BCCHP#: _____

Consentimiento para el Programa de Salud para el Cuello Uterino, la Mama y el Colon**DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA**

El Programa de Salud para el Cuello Uterino, la Mama y el Colon (Breast, Cervical and Colon Health Program, BCCHP- en inglés), es un esfuerzo conjunto entre los proveedores de atención a la salud, el Departamento de Salud del Estado de Washington (DOH en inglés), y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC en inglés) para apoyar la exploración para el cáncer de mama, el cuello uterino y el colon. El propósito de la exploración es detectar el cáncer en su etapa más temprana, de manera que se lo pueda prevenir o tratar. La exploración para el cáncer de mama incluye un examen de la mama y una radiografía de la mama denominada mamografía. La exploración para el cáncer cervical incluye un examen pélvico y la toma de una muestra de las células del cuello uterino (abertura del útero/de la matriz) denominada una prueba de Papanicolaou y una prueba de Virus del Papiloma Humano. La exploración de la salud del colon incluye una prueba de detección de sangre en las heces denominada FOBT o FIT que usted lleva a casa y devuelve a su clínica/proveedor. Es posible que usted necesite una colonoscopia o sigmoidoscopia.

CONSENTIMIENTO PARA REVELAR INFORMACIÓN

Doy mi consentimiento a cualquier y a todos mis proveedores de atención médica, clínicas, hospitales, planes de seguros médicos y a BCCHP para proporcionar la información acerca de mi atención a la salud, pruebas de cuello de útero, exámenes de las mamas, mamografías, pruebas de heces (FOBT/FIT), colonoscopia, sigmoidoscopia y cualquier atención médica relacionada que yo reciba por medio de BCCHP. Entiendo que este formulario de consentimiento se vence 12 meses después de la fecha en que firme este formulario. Debo volver a inscribirme después de 12 meses para seguir recibiendo servicios.

Cualquier información revelada al BCCHP permanecerá confidencial. La información estará disponible para mí, para los empleados involucrados en mis servicios de BCCHP, la Autoridad de Atención a la Salud (por el Programa de Tratamiento de Cáncer de Mama y el Cuello Uterino [BCCTP] según corresponda), y para el Departamento de Salud (la fuente de financiación del BCCHP). La información se usará para satisfacer los propósitos de BCCHP, de acuerdo a lo descrito anteriormente. Los informes publicados que resulten del BCCHP no identificarán a ningún cliente por su nombre.

Entiendo que mi participación en este programa es voluntaria y que podré retirarme del BCCHP y retirar mi consentimiento para revelar información en cualquier momento. Entiendo que, si se determina que tengo cáncer de mama y/o del cuello uterino, es posible que sea elegible para recibir tratamiento por medio del BCCTP de Apple Health. El personal de BCCHP luego me ayudará a inscribirme. Como parte de los servicios de administración del caso que recibo, entiendo que me pedirán dar mi consentimiento para el tratamiento y proporcionar otra información de acuerdo a lo necesario. Si me examinan y detectan que tengo cáncer del colon, el personal de BCCHP me ayudará a encontrar recursos de tratamiento, independientemente de mi capacidad para pagar.

Si falsifico cualquier información usada para determinar mi elegibilidad, entiendo que seré responsable por los cargos.

Firme aquí con su nombre

Fecha

Testigo: Centro médico

Fecha

Escriba aquí su nombre en letras de imprenta

Intérprete (si se usaron los servicios de uno) Fecha

Breast Cancer Treatment Program Tracking Form

Please Print Clearly

Client Last Name	Client First Name	MI	Social Security Number:	Date of Birth:
BCCHP Prime Contractor:		BCCHP ID #	Provider One #:	
Primary Care Provider Name:		Enrolling Clinic Name :		Clinic Chart #:

Breast Diagnosis Date: _____

1. ☐ **Unspecified Benign Dysplasia* - Dx code: N60.99**
(* Unspecified Benign Dysplasia is not a qualifying diagnosis for AEM/ERSO)
2. ☐ **Carcinoma in situ (CIS) of breast – Right Side (Choose one from the options below)**
 - ☐ **Lobular CIS, right - Dx code: D05.01**
 - ☐ **Intraductal CIS, right - Dx code: D05.11**
 - ☐ **Other CIS, Specified right - Dx code: D05.81**
 - ☐ **Other CIS, Unspecified right - Dx code: D05.91**
3. ☐ **Carcinoma in situ (CIS) of breast – Left Side (Choose one from the options below)**
 - ☐ **Lobular CIS, left - Dx code: D05.02**
 - ☐ **Intraductal CIS, left- Dx code: D05.12**
 - ☐ **Other CIS, Specified left - Dx code: D05.82**
 - ☐ **Other CIS, Unspecified left- Dx code: D05.92**
4. ☐ **Malignant Neoplasm – Right Side - Dx code: C50.911**
5. ☐ **Malignant Neoplasm – Left Side - Dx code: C50.912**
6. ☐ **Metastatic disease** **Site of Metastatic Disease** _____

Current Treatment Plan - Breast

- ☐ **Office Visit to initiate staging and treatment plan** **Appointment Date:** _____
- ☐ **Chemotherapy** **Start Date:** _____ **End Date:** _____
- ☐ **Radiation** **Start Date:** _____ **End Date:** _____
- ☐ **Surgery:** ☐ **Excision** ☐ **Lumpectomy** **Date of Surgery:** _____
- ☐ **Surgery: Mastectomy:** ☐ **Modified** ☐ **Radical** **Date of Surgery:** _____
- ☐ **Surgery: Reconstruction*** **Date of Surgery:** _____ (* reconstruction not available for AEM/ERSO)
- ☐ **Endocrine therapy: Prescription Name :** _____
- Start date of Endocrine therapy:** _____ **Proposed end date:** _____

Treatment Status: _____ **Current Tx start date:** _____ **Tx complete date:** _____

Tx suspended date: _____ ☐ **Declines/refuses Tx** ☐ **Lost to follow-up** (left area, missed appts)

Treatment Comments / Follow-up Plan:

Provider (signature): _____ **Date:** _____ **NPI #** _____

Provider Name (print): _____ **Phone:** _____ **Medicaid #** _____

FOR BCCHP CASE MANAGER USE:

- | | |
|---|--|
| ☐ AEM/ERSO eligible only
☐ New enrollment
☐ Renewal – client continues active treatment
☐ Other: _____ | ☐ No longer eligible for BCCTP (S30): <ul style="list-style-type: none"> ☐ All cancer treatment completed ☐ Now eligible for Apple Health ☐ Now eligible for Medicare ☐ Has other Creditable Insurance ☐ Moving out of state to: _____ ☐ Renewal forms not completed |
|---|--|

BCCHP Case Manager:

Name & Email:

Phone:

Fax:

Case Manager Signature: _____ **Date:** _____

Cervical Cancer Treatment Program Tracking Form

Please Print Clearly

Client Last Name	Client First Name	MI	Social Security Number:	Date of Birth:
BCCHP Prime Contractor:		BCCHP ID #	Provider One #:	
Primary Care Provider Name:		Enrolling Clinic Name :		Clinic Chart #:

Cervical Diagnosis Date: _____

1. ☐ **CIN 2/Moderate Dysplasia - Dx code: N87.1**
(*CIN 2 is not a qualifying diagnosis for AEM/ERSO)
2. ☐ **CIN 2-3/severe dysplasia** (Please choose one of the diagnostic codes from CIN 3 below)
3. ☐ **CIN 3/severe dysplasia/carcinoma in situ (CIS), stage 0 (choose one from options below)**

☐ CIS, endocervix - Dx code: D06.0	☐ CIS, exocervix - Dx code: D06.1
☐ CIS, other part of cervix - Dx code: D06.7	☐ CIS, unspecified - Dx code: D06.9
4. ☐ **Adenocarcinoma in situ (AIS) (choose one from option below)**

☐ AIS, endocervix - Dx code: D06.0	☐ AIS, exocervix - Dx code: D06.1
☐ AIS, other part of cervix - Dx code: D06.7	☐ AIS, unspecified - Dx code: D06.9
5. ☐ **Malignant Neoplasm - Dx code: C539.9**
6. ☐ **Metastatic disease** **Site of Metastatic Disease:** _____

Current Treatment Plan - Cervical

- | | | |
|--|--------------------------|------------------------|
| ☐ LEEP | Start Date: _____ | End Date: _____ |
| ☐ Cone | Start Date: _____ | End Date: _____ |
| ☐ Cryo | Start Date: _____ | End Date: _____ |
| ☐ Hysterectomy | Start Date: _____ | End Date: _____ |
| ☐ Chemotherapy | Start Date: _____ | End Date: _____ |
| ☐ Radiation | Start Date: _____ | End Date: _____ |

Treatment Status: **Current Tx start date:** _____ **Tx complete date:** _____

Tx suspended date: _____ ☐ **Declined/refused Tx** ☐ **Lost to follow-up** (left area, missed appts)

Treatment Comments / Follow-up Plan:

Provider (signature): _____ **Date:** _____ **NPI #** _____
Provider Name (print): _____ **Phone:** _____ **Medicaid #** _____

FOR BCCHP CASE MANAGER USE:

- | | | | | | | | |
|---|--|--|---|---|--|---|--|
| ☐ AEM/ERSO eligible only
☐ New enrollment
☐ Renewal – client continues active treatment
☐ Other: _____ | ☐ No longer eligible for BCCTP (\$30): <table border="0" style="width: 100%;"> <tr><td>☐ All cancer treatment completed</td></tr> <tr><td>☐ Now eligible for Apple Health</td></tr> <tr><td>☐ Now eligible for Medicare</td></tr> <tr><td>☐ Has other Creditable Insurance</td></tr> <tr><td>☐ Moving out of state to: _____</td></tr> <tr><td>☐ Renewal paperwork not returned</td></tr> </table> | ☐ All cancer treatment completed | ☐ Now eligible for Apple Health | ☐ Now eligible for Medicare | ☐ Has other Creditable Insurance | ☐ Moving out of state to: _____ | ☐ Renewal paperwork not returned |
| ☐ All cancer treatment completed | | | | | | | |
| ☐ Now eligible for Apple Health | | | | | | | |
| ☐ Now eligible for Medicare | | | | | | | |
| ☐ Has other Creditable Insurance | | | | | | | |
| ☐ Moving out of state to: _____ | | | | | | | |
| ☐ Renewal paperwork not returned | | | | | | | |
| BCCHP Case Manager:
Name & Email: _____
Phone: _____ Fax: _____ | | | | | | | |

Case Manager Signature: _____ **Date:** _____