

INSCRIPCIÓN PARA DIAGNÓSTICO

Seguimiento y tratamiento de cáncer cervical para mujeres

Every Woman Matters

4/2022



NEBRASKA
Good Life. Great Mission.
DEPT. OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

301 Centennial Mall South - P.O. Box 94817
Lincoln, NE 68509-4817 Fax: 402-471-0913
1-800-532-2227

www.dhhs.ne.gov/womenshealth

Reasonable accommodations made for persons with disabilities. TDD (800) 833-7352. Nebraska DHHS provides language assistance at no cost to limited English proficient persons who seek our services.

PROVIDER NOTES:

- **Clients with insurance MAY STILL BE ELIGIBLE for diagnostic services.**
- If client is currently enrolled for screening services complete **ONLY** the name and date of birth on pages 3 and 4.
- Diagnostic form instructions may now be found online at dhhs.ne.gov/ewmforms
- Male clients - NOT eligible for screening or diagnostic procedures (see *Transgender Policy pg 73 and pg 80 in the Women's & Men's Health Program Provider Participation Manual*)

¡Por favor responda cada pregunta en LETRA IMPRENTA legible!

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Primer nombre: _____ Inicial segundo nombre: _____ Apellido: _____

Apellido de soltera: _____ Estado civil: Soltera Casada Divorciada

Genero: Femenino Transgénero Mujer a hombre Hombre a mujer

¿Cómo se identifica?: Heterosexual Lesbiana Bisexual Homosexual

Fecha de nacimiento: ___/___/___ No. de Seguro Social: ___-___-___ Lugar de nacimiento _____
Ciudad y estado o país de nacimiento

Dirección: _____ Apt. # _____

Ciudad: _____ Condado: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de hogar: (____) _____ Número de trabajo: (____) _____ Número de celular: (____) _____

¿Método preferido de contacto? Hogar Trabajo Celular

¿Está bien enviar un mensaje de texto a su teléfono celular? Sí No

Sí, deseo recibir información del programa por correo electrónico. Correo electrónico: _____

ALTERNATIVO CONTACTO

Persona de contacto: _____ Relación: _____

Teléfono: (____) _____ Hogar Trabajo Celular

DATOS DEMOGRÁFICOS

¿Es de origen latino o hispano? Sí No NS*

¿Cuál el idioma principal que se habla en su hogar?
 Inglés Español Vietnamita Otro _____

¿A qué grupo racial o étnico pertenece? *(marque todas las casillas que apliquen)*

Nativo americano/nativo de Alaska Tribu _____

Negro/afroamericano

Mexicanoamericano

Blanco

Asiático

Isleño del Pacífico o nativo hawaiano

Otro _____

No sabe

¿Usted es una Refugiada? Sí No NS*
De ser así, de dónde: _____

Nivel de educación más alto realizado:

<9 no grado

Algo de escuela secundaria

Se graduó de escuela secundaria o equivalente

Algo de universidad o un nivel mas alto

No sabe

No desea responder

Cómo se enteró del programa:

Doctor/Clínica

Agencia

Periódico/radio/TV

Familia/amigo

Soy cliente actual/anterior

Trabajador de salud en la comunidad

Otro _____

HISTORIAL DE SALUD

¿Alguna vez le han hecho a usted alguno de los siguientes exámenes?:

Papanicolaou Sí No NS*
Fecha anterior o previa de la prueba de Papanicolaou ___/___/___
El resultado: Normal Anormal NS*

Prueba de HPV
Fecha anterior o previa de la prueba del HPV ___/___/___
El resultado: Normal Anormal NS*

¿Se le ha realizado a usted una **histerectomía** *(extirpación del útero)*? Sí No NS*

2a. ¿Se le extirpó la **cérvix** *(cuello uterino)*? Sí No NS*

2b. ¿Se le hizo la **histerectomía** para tratar el cáncer cervical? Sí No NS*

¿Ha tenido usted alguna vez cáncer cervical? No Sí NS* Cuándo: ___/___/___

Mamografía Sí No NS*
Fecha anterior o previa de la mamografía ___/___/___
El resultado: Normal Anormal NS*

¿Han tenido su madre, hermana o hija alguna vez cáncer de seno? Sí No NS*

¿Ha tenido usted alguna vez cáncer de seno? No Sí NS* Cuándo: ___/___/___

**NS-No sabe/no está segura*

INGRESOS Y SEGURO MEDICO	<p>Es posible que sea requerido mostrar una prueba de que mis ingresos están dentro de las pautas de ingresos del programa, cuando el personal del programa se comunice conmigo. Si se determina que mis ingresos están por encima de los lineamientos, seré responsable de las facturas por los servicios recibidos.</p> <p>¿Cuál es su ingreso familiar, antes de impuestos? <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Anual Ingresos: \$ _____</p> <p>Por favor fíjese: empleados por cuenta propia deben anotar el ingreso neto después de impuestos.</p> <p>¿Cuántas personas viven con este ingreso? <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10 <input type="radio"/> 11 <input type="radio"/> 12</p> <p>¿Ud. tiene seguro médico? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Ninguno/sin cobertura</p> <p>*Los clientes con cobertura de seguro de salud PODRIAN SER ELEGIBLES AÚN para servicios de diagnósticos.</p>	<p>Si dijo sí, es:</p> <p><input type="radio"/> Medicare (para las personas de 65 años y más)</p> <p><input type="radio"/> Solo Parte A</p> <p><input type="radio"/> Parte A y B</p> <p><input type="radio"/> Medicaid (cobertura para usted)</p> <p><input type="radio"/> Seguro Privado con o sin Suplemento de Medicaid (anote por favor) _____</p>
---------------------------------	--	--

Autorización de acceso y divulgación de información médica

■ Usted debe leer y firmar esta página para ser parte del programa Every Woman Matters.

4/2022

- Deseo ser parte del programa Every Woman Matters (EWM). Sé que:
 - Si tengo menos de 40 años de edad, solo puedo recibir pruebas diagnósticas para cáncer del útero
 - Mi nivel de ingresos no puede sobrepasar los estándares establecidos
 - Si tengo seguro, EWM solo pagará después de que mi seguro pague.
 - Debo ser mujer (según las Pautas Federales)
 - Notificaré a EWM cuando no desee pertenecer más al programa
- Sé que si tengo menos de 40 años de edad, no seré parte de EWN después de que me hayan realizado las pruebas diagnósticas para el cáncer del seno.
- Sé que si tengo 40-74 años de edad, puedo ser elegible para servicios completos de detección que podrían incluir: pruebas de detección para cáncer del seno y cervical, pruebas de detección de presión sanguínea, colesterol, diabetes y obesidad con base en las pautas del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de EE. UU. y del Programa. He hablado con mi proveedor de servicios de salud sobre los exámenes de diagnóstico y entiendo los posibles efectos colaterales o molestias que se puedan presentar.
- Entiendo que me pueden pedir que aumente mi nivel de actividad física y que haga cambios a mi dieta como parte de la educación de salud que me ofrecen. Entiendo que antes de hacer estos cambios a mi nivel de actividad o a mi dieta, se me anima a que hable con mi proveedor de cuidado de salud respecto a cualquier preocupación o pregunta al respecto.
- He hablado con mi proveedor de servicios de salud sobre la forma en que pagaré los exámenes o servicios que no sean cubiertos por EWM.
- Es posible que me den información para aprender a cambiar mi dieta, incrementar mi actividad física y/o dejar de fumar. Es posible que EWM me recuerde cuándo debo programar mis exámenes de detección y me envíe un correo electrónico para ayudarme a saber más sobre mi salud.
- Con base en mi historial personal y de salud, es posible que reciba materiales sobre exámenes de detección y/o educativos. Sé que si cambio de dirección sin avisarle al EWM, es posible que no me envíen avisos sobre evaluación diagnóstica y educación. Acepto mi responsabilidad de seguir todas las recomendaciones que me dé mi proveedor de salud.
- Mi proveedor de servicios de salud, laboratorio, clínica, unidad de radiología y/o hospital pueden darle los resultados de mis exámenes de detección de cáncer de seno y/o cervical, exámenes de seguimiento y/o tratamiento al EWM.
- Para ayudarme a tomar las mejores decisiones sobre mi salud, es posible que EWM comparta mi historia clínica y otra información de cuidado médico, incluyendo resultados de laboratorio, con mis proveedores de servicios de salud.
- Mi nombre, dirección, número de Seguro Social y/u otra información personal será usada solo por EWM. Pueda que sea usada para informarme si necesito exámenes de seguimiento. Esta información puede ser compartida con otras organizaciones, según se requiera, para poder recibir recursos económicos para tratamiento.
- Otra información puede ser utilizada en estudios aprobados por EWM y/o los Centros para la Prevención y el Control de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés); por parte de investigadores de otras instituciones con el fin de aprender más sobre salud masculina y femenina. Estos estudios no usarán mi nombre u otra información personal.

MARQUE UNO	<p>Para poder ser elegible para EWM, usted debe ser un ciudadano de Los Estados Unidos o un extranjero calificado bajo la Ley Federal de Inmigración y Naturalización. Por favor señale la opción que le corresponda.</p> <p>Con el propósito de cumplir con lo establecido por el Neb. Rev. Stat. 4-111(1)(b), declaro lo siguiente:</p> <p><input type="radio"/> Soy ciudadano de los Estados Unidos</p> <p><input type="radio"/> Soy un extranjero calificado bajo el Acta de Inmigración y Nacionalidad Federal, 8 U.S.C. 1101 et seq., como tal acta existió el 1 de enero de 2009, y está legalmente presente en los Estados Unidos. Adjunto una copia de enfrente y atrás de mi documentación de USCIS. (Por ejemplo, Tarjeta de residente permanente o Número A/Número de registro extranjero)</p>
	<p>Por medio de la presente, declaro que mi respuesta y la información suministrada en este formulario y toda solicitud relacionada para obtener beneficios públicos son ciertas, completas, y exactas; y entiendo que esta información puede ser usada para verificar mi permanencia legal en los Estados Unidos.</p>

FIRME Y PONGA FECHA	<p>Nombre en letra imprenta (primero, segundo, apellido) _____ Su firma _____</p>
	<p>mes / día / año _____ mes / día / año _____</p> <p>Fecha Su fecha de nacimiento</p>

Cervical Follow-Up and Treatment Plan

*Clients with insurance MAY STILL BE ELIGIBLE for diagnostic services.

Client Information:	First	MI	Last	DOB
Provider Information:	Name: _____			
	City and Phone #: _____			
	Name: _____			
	City and Phone #: _____			

Instructions: Please send this form to EWM along with Pap test and colposcopy results when diagnostic workup is complete. Must follow current ASCCP guidelines: www.ASCCP.org

Pap/HPV results: Find the client's result below and mark the date of service for the Pap/HPV and procedure listed directly underneath. If your client's procedure is NOT listed directly underneath the Pap/HPV result, it may not be reimbursable by EWM. Call EWM to discuss.

Co-Testing	HPV	Unsatisfactory	HPV- AS-CUS / LSIL	HPV 16/18 AS-CUS / LSIL	HPV- ASC-H / HSIL	HPV 16/18 ASC-H / HSIL	AGC Any HPV result	Sq. Cell Carcinoma
Date: ___/___/___ <input type="radio"/> Negative Pap	Date: ___/___/___ HPV+ Age 30-39 <input type="radio"/> Repeat HPV testing in 1 year (must re-enroll in State Pap Program if under 40) Age 40+ <input type="radio"/> If HPV 16 or 18 Colposcopy with biopsy DOS: ___/___/___	Date: ___/___/___ HPV unknown or HPV- Repeat cytology in 2-4 months (not eligible for colposcopy) HPV+ Ages 21-29 <input type="radio"/> Repeat cytology in 2-4 months (no HPV test allowed per guidelines) Ages 30+ <input type="radio"/> Colposcopy with biopsy DOS: ___/___/___	Date: ___/___/___ Ages 25-29 <input type="radio"/> Repeat HPV at 1 year Ages 30-65 <input type="radio"/> Repeat co-testing at 1 year	Date: ___/___/___ <input type="radio"/> Colposcopy w/ Biopsy (biopsy results <CIN2 is 2.9% 1-year follow-up) DOS: ___/___/___ <input type="radio"/> Repeat HPV at 1 year interval <input type="radio"/> Repeat HPV at 3 year interval	Date: ___/___/___ <input type="radio"/> Immediate diagnostic LEEP for Pap and colpo result discrepancy DOS: ___/___/___ <input type="radio"/> Repeat colposcopy in 1 year	Date: ___/___/___ <input type="radio"/> Expedited Treatment or Colposcopy with biopsy Acceptable (25-59% CIN3 risk) DOS: ___/___/___ <input type="radio"/> Colposcopy with biopsy recommended (4-24% CIN 3 risk) <input type="radio"/> Immediate diagnostic LEEP for Pap and colpo discrepancy DOS: ___/___/___ <input type="radio"/> Repeat HPV test 6 months	Date: ___/___/___ All Subcategories: <input type="radio"/> Colposcopy with biopsy + ECC and <input type="radio"/> Endometrial biopsy* <input type="radio"/> Both to be done on the same day DOS: ___/___/___ Atypical Endometrial Cells: <input type="radio"/> Endometrial and endocervical sampling DOS: ___/___/___ If no endometrial pathology: <input type="radio"/> Colposcopy DOS: ___/___/___	Date: ___/___/___ <input type="radio"/> Treatment referral to OB/GYN Complete page 4: Cervical Cancer Treatment Section

Consultation or second opinion: Physician Name: _____ Date of Service: ___/___/___

Client Refused *Initiate: Client Informed Refusal Form/Service Provider Document*

DOS = Date of Service

★ Final Diagnosis: This section must be completed before sending to EWM	Check one: <input type="radio"/> Normal/Benign Inflammation; HPV/Condylomata/Atypia; Treatment not indicated / Repeat Pap/HPV or Co-test 1 year <input type="radio"/> Inconclusive Results <input type="radio"/> CIN I <input type="radio"/> CIN II <input type="radio"/> CIN III carcinoma in situ <input type="radio"/> Invasive Cancer
Date of final diagnosis or pathology report: ___/___/___	

Cervical Follow-Up and Treatment Plan

Women under age 40 who require Pap at 1 year as follow-up must enroll in the **Nebraska State Pap Plus Program** in order for this service to be covered. **CIN II or III with no margins involved:** Repeat co-testing at 12 & 24 months.

Client Information:	First	MI	Last	DOB
Cervical Cancer Referral & Treatment				
Referral:	Client referred to _____ who will take over care. <small>Clinician/Clinic name and city/phone</small>			
Consultation:	Consultation Date to give client options: _____ <small>Consultations can only be reimbursed if provider normally brings clients into the office for consultation</small>			
Treatment:	Treatment regimen consists of _____ (cryotherapy, cone, LEEP, surgery, chemo, radiation, etc.) Treatment Scheduled Date: _____ Treatment Performed Date: _____			
Refusal:	Cancer treatment refused date _____ Client made informed decision: <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No Reason for refusal: _____			

Age 21-39
<p>Follow Up not covered by Every Woman Matters</p> <p>Women under 40 who are in need of 12-24 month repeat Pap/HPV must enroll in the Nebraska State Pap Plus Program in order to have the Pap test covered</p>

6 Month Follow-Up of Previous Abnormal Finding	
Age 40-74	Age 40-74
Prior History*:	
Prior Pap test date: ____/____/____ Results: _____	
CIN II or III with No Treatment Done Observation - colposcopy and cytology at 6 month intervals for 12 months Date: ____/____/____ Results: _____	CIN II or III with margins involved Colposcopy and cytology with ECC Re-evaluated at 4-6 months Date: ____/____/____ Results: _____
Name of Clinic:	City: _____ Date: ____/____/____

Fax: 402-471-0913 || Mail: Every Woman Matters, P.O. Box 94817, Lincoln, NE 68509-4817 || Questions: 800-532-2227
To view instructions or to print out forms: www.dhhs.ne.gov/EWMforms

Funds for this project were provided through the Centers for Disease Control and Prevention Breast and Cervical Early Detection Program and the Well Integrated Screening and Evaluation for Women Across the Nation Cooperative Agreements with the Nebraska Department of Health and Human Services.