

Aplicación para un Exámen de Detección de Mamografía
BREAST CANCER FOUNDATION OF THE OZARKS
(Fundación de Cancer de Senos de los Ozarks)

La aplicación para asistencia está determinado por necesidad para los servicios de *un exámen de detección* de mamografía y la habilidad de pagar para estos servicios por seguridad de salud o de pagar si misma. Los fondos están disponibles para *el exámen de detección* de mamografía solamente. La aplicación para asistencia estará evaluado individualmente después de cumplir esta forma. Se tiene que contestar todas las preguntas.

Nombre: _____	Fecha de Nacimiento _____	#SS: XXX-XX-_____
Dirección: _____	Ciudad: _____	Código Postal: _____
Número de Teléfono: _____	Correo Electrónico: _____	Condado: _____
Esposo: _____	Hijos y Edades: _____	Otros Dependientes: _____
Empleador: _____	La Fecha del último exámen de senos clinical: _____	Doctor: _____

Seguranza de Salud: No Sí Si sí, marca una: Póliza Personal, Póliza del Empleador, Medicare, Medicaid
Referido a BCFO por: _____

INFORMACIÓN FINANCIERA:

		<u>Ingresos Mensuales:</u>	<u>Gastos Mensuales Estimados</u>
Empleado:	Paciente:	\$ _____	Renta/Hipoteca \$ _____
	Esposo:	\$ _____	Servicios Públicos \$ _____
	Otro:	\$ _____	Alimentos: \$ _____
Jubilación:	Seguro Social:	\$ _____	Seguranza de Salud \$ _____
	Pensión de VA:	\$ _____	Seguranza de Casa \$ _____
	Pensión de Empleada:	\$ _____	Seguranza de Auto \$ _____
Otros Ingresos:	Pensión de Divorcio:	\$ _____	Médica \$ _____
	Asistencia al Menor:	\$ _____	Pagos del Auto \$ _____
	Inversiones:	\$ _____	Tarjeta de Crédito \$ _____
	Asistencia Pública:	\$ _____	Otros Gastos \$ _____
	Compensación trabajo:	\$ _____	
	Desempleo:	\$ _____	
	Discapacidad física:	\$ _____	TOTAL: \$ _____
	Seguranza:	\$ _____	*Es possible que sea un requisito a presentar documentación financier como una declaración de impuestos o un registro del banco.
	Ahorros:	\$ _____	

Bienes: (Si se necesita más espacio, por favor adjunta otra hoja de papel)

_____	_____
_____	_____

Toda la información se considera confidencial y se la usa solamente para determinar elegibilidad. Las aplicaciones serán revisados mensualmente y evaluado para dar asistencia a las con la necesidad más grande. **La financiación está proporcionado sólo para el examen de detección de mamografía. Si un examen diagnástico adicional esté necesario de los resultados del examen de detección de mamografía inicial, BCFO no está obligado de ninguna manera para proveer asistencia financiera para los servicios.**

Estoy de acuerdo que la información mencionada en la parte arriba es correcta a la mejor de mi conocimiento. Además, estoy de acuerdo que si mi petición está aprobada, Accedo con la petición de BCFO para entregar una copia de los resultados de mi examen de mamografía y otra documentación médica que pertenece a este servicio para los propósitos estadísticos e investigaciones.

_____	_____
Fecha	Firma del Appicante

POR FAVOR VUELVE A: 620 W. Republic Rd, Springfield, Missouri 65807 O fax 417-862-3830
LLAMA: (417) 862-3838 o gratis 1-866-874-1915 para respuestas a las preguntas en referencia a esta forma.

La Forma de Historia e Información de la Paciente

NOMBRE DE APLICANTE: _____

¿QUIÉN LE REFIRIÓ A BCFO?? _____

¿HA TENIDO UN EXAMEN DE SENOS CLINICAL EN EL ÚLTIMO AÑO? **SÍ NO**

SI **SÍ**, ¿CUÁNDO? _____ RESULTADOS: **Normal Sospechoso Otro**

POR FAVOR EXPLICA **OTRO**: _____

¿HA RECIBIDO UN EXAMEN DE DETECCIÓN DE MAMOGRAFÍA DE BCFO EN EL PASADO? **SÍ NO**

POR FAVOR ENCIERRA EN UN CÍRCULO SI TIENE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS: **UN NUDO EN EL SENO**

SECRECIÓN DE PEZÓN DOLOR OTRO

POR FAVOR EXPLICA **OTRO**: _____

¿TIENE UD SEGURANZA DE SALÚD? **SÍ NO** ¿TIENE UD MEDICARE O MEDICAID? **SÍ NO**

SI **SÍ**, ¿TIENE UD COBERTURA DE MAMAGRAFÍA?: **SÍ NO**

SI **SÍ**, ¿QUÉ TIPO? _____

SI ES CASADA, ¿ESTÁ CUBIERTA EN LA SEGURANZA DE SALUD DE SU ESPOSO? **SÍ NO**

SI **SÍ**, TIENE UD COBERTURA DE MAOGRAFÍA ? _____

HA TENIDO UN MAMOGRAFÍA ALGUNA VEZ? **SÍ NO**

SI, **SÍ** ¿CUÁNDO FUE SU ÚLTIMO MAMOGRAFÍA? _____

¿TIENE UD MEDICAID? **SÍ NO** SI NO, LO HA SOLICITADO? **SÍ NO**

¿TIENE UD UN HISTORIA DE CANCER? **SÍ NO**

SI **SÍ**, ¿QUÉ TIPO Y CUÁNDO? _____

¿TIENE UD UNA HISTORIA DE CANCER EN SU FAMILIA? **SÍ NO**

SI **SÍ**, ¿QUIÉN Y QUÉ TIPO? _____

¿ES UD CLIENTE DE SHOW ME HEALTHY WOMEN? **SÍ NO**

HIPAA AUTORIZACIÓN DÓCIL PARA LA CESIÓN DE LA INFORMACIÓN DE LA PACIENTE

A: _____
Nombre de Proveedor del Atención Sanitaria/Doctor/Facilidad/Contratista de Medicare

Dirección

Ciudad, Estado, Código Postal

RE: _____
Nombre de Paciente

Dirección

Ciudad, Estado, Código Postal

Número de Teléfono

Fecha de Nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _XXX-XX-_____

Autorizo y pido la revelación de toda la información protegida para el propósito del reviso y evaluación en conexión con la documentación de mi atención médica y tratamiento. Pido que el custodio designado de documentos de todas entidades abajo de HIPAA identificado en la parte arriba pongan en evidencia toda y completamente la protegida información médica incluyendo el siguiente:

Toda la documentación pertinente y documentación médica incluyendo: historia y física, un despido inmediato, reportajes operativos, reportajes de consultación, notas del progreso, reportajes patologías, y cualquier otra documentación pertinente.

Comprendo que la información que sea cedido o revelado puede incluir información en relación a enfermedades transmitidas sexualmente, asquirido syndrome de inmunodeficiencia (SIDA), o virus de inmunodeficiencia humano (VIH), alcohol y el abuso de drogas, la atención siquiátrica o otra información sensible. Autorizo el cedido o revelado de este tipo de información.

Esta protegida información de salud está revelado para el propósito de reviso, de determinación y consultación de la elegibilidad del programa con Breast Cancer Foundation of the Ozarks y se debe enviar a:

Breast Cancer Foundation of the Ozarks Número de Teléfono: 417-862-3838
620 W. Republic Rd Número de Facsímile: 417-862-3830
Springfield, Missouri 65807

- Además, comprendo:
- a. Tengo el derecho de revocar esta autorización en documentación escrita en cualquier momento, excepto hasta cierto punto que la información ya ha estado cedida en confianza en esta autorización.
 - b. La información cedida en respuesta a esta autorización puede ser recedida a otros participantes.
 - c. Comprendo que la autorización es voluntario pero también está a condición de la elegibilidad para el programa del Breast Cancer Foundation of the Ozarks y que sin una autorización firmada para la cesión de la información de la paciente, no estaría elegible para asistencia.

Cualquier facsímile, copia o fotocopia de la autorización debe autorizarle a ceder los datos que están pedidos aquí. Esta autorización debe estar en vigor y entrar en vigor hasta un año de la fecha de ejecución en cual momento que esta autorización se expira.

Firma de Paciente Fecha

Nombre Imprimido del Paciente
