



CARILION CLINIC

Programa Every Woman's Life (La vida de cada mujer) de Carilion

Clinic: Comuníquese con el programa *Every Woman's Life de Carilion Clinic* llamando al 540-985-8196 si tiene preguntas acerca del proceso de inscripción. No se pagarán los servicios hasta que no se haya recibido y aprobado la solicitud de inscripción.



Every Woman's Life

A Virginia Department of Health Program

Requisitos para participar en el programa Every Woman's Life:

- Ser mujer y tener entre 40 y 64 años
- No contar con cobertura de seguro médico
- No superar el 250 % de las Normas Federales de Pobreza (Federal Poverty Guidelines)
- Ser residente permanente en Virginia
- El programa cubre un examen clínico de mama, mamografía, examen pélvico/prueba de Papanicolaou, si así está

indicado

** Las mujeres entre las edades de 18-39 también pueden calificar para pruebas de detección y/o pruebas de diagnóstico de alto riesgo.*

Tamano de la familia	250% del Indice Federal de Pobreza		
	Salario annual bruto	Ingresos mensuales brutos*	Ingresos aproximados por hora**
1	\$36,450	\$3,037.50	\$17.52
2	\$49,300	\$4,108.33	\$23.70
3	\$62,150	\$5,179.17	\$29.88
4	\$75,000	\$6,250.00	\$36.06
5	\$87,850	\$7,320.83	\$42.24
6	\$100,700	\$8,391.67	\$48.41
7	\$113,550	\$9,462.50	\$54.59
8	\$126,400	\$10,533.33	\$60.77
9	\$139,250	\$11,604.17	\$66.95
10	\$152,100	\$12,675.00	\$73.13
11	\$164,950	\$13,745.83	\$79.30
12	\$177,800	\$14,816.67	\$85.48
13	\$190,650	\$15,887.50	\$91.66
14	\$203,500	\$16,958.33	\$97.84
15	\$216,350	\$18,029.17	\$104.01

Carilion Clinic EWL P.O. Box 13727 Roanoke, VA 24036 (P) 540-985-8196 (F) 540-224-4902

(Revised 1/18/2023)



Every Woman's Life

A Virginia Department
of Health Program

Formulario de Elegibilidad del Cliente

Revisado 12/16/2019

INFORMACION PERSONAL

Apellido:		Nombre:		Inicial segundo nombre:	Nombre preferido:
Número de Seguro Social:	Fecha nacimiento:	Sexo asignado al nacer: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		Género identificado: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> MaF <input type="checkbox"/> FaM	
Estado civil: <input type="checkbox"/> Nunca casada/Soltera <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Viviendo con alguien en una relación tipo matrimonio <input type="checkbox"/> Divorciada o separada <input type="checkbox"/> Viuda <input type="checkbox"/> Desconocido					
Origen étnico: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano	Describa su raza como: (marque TODO lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra/afroamericana <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> indígena americana/Nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái/Isleña del Pacífico <input type="checkbox"/> Otra: _____ <input type="checkbox"/> Desconocida				
Dirección				Ciudad	
Condado	Estado VA	Código Postal	Teléfono casa		
Teléfono hogar		Teléfono celular		Mejor hora para llamar:	
1. ¿Cuáles son los ingresos de su hogar antes de impuestos? \$ _____ /año			2. ¿Cuántas personas viven de este ingreso? (usted incluida)		
¿Tiene Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Plan First		¿Tiene Medicare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo: <input type="checkbox"/> Parte A <input type="checkbox"/> Parte B		¿Tiene seguro privado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
5. ¿Fuma cigarrillos ahora? <input type="checkbox"/> Todos los días <input type="checkbox"/> Algunos días <input type="checkbox"/> Para nada <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> No deseo responder					
6. ¿Está planeando, pensando o no pensando dejar de fumar en los próximos 30 días? <input type="checkbox"/> Planeando <input type="checkbox"/> Pensando <input type="checkbox"/> No pensando <input type="checkbox"/> No deseo responder					
7. ¿Cuál es el grado escolar más alto que completó? <input type="checkbox"/> <9 <input type="checkbox"/> Algo de escuela secundaria <input type="checkbox"/> Graduado de secundaria o GED <input type="checkbox"/> Algo de universidad o superior <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> No deseo responder					
8. ¿Cómo se enteró del programa Every Woman's Life? <input type="checkbox"/> Folleto <input type="checkbox"/> Trabajador de Salud de la Comunidad <input type="checkbox"/> Empleador <input type="checkbox"/> Familia/amigo <input type="checkbox"/> Feria de Salud <input type="checkbox"/> Internet/Web <input type="checkbox"/> Radio/TV/Periódico <input type="checkbox"/> Anuncio de autobús <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Recordatorio <input type="checkbox"/> Proveedor					
9. ¿Qué idioma habla todos los días? _____					
10. ¿Alguna vez le han hecho una prueba de Papanicolaou? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido → En caso afirmativo, ¿cuándo fue su última prueba de Papanicolaou? (MM/DD/AAAA)					
11. ¿Alguna vez le han hecho una mamografía? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido → En caso afirmativo, ¿cuándo fue su última mamografía? (MM/DD/AAAA)					



Carilion Clinic Programa de Detección Temprana de Cáncer de Seno y Cervical

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
Altura: _____ Peso: _____
Médico: _____

1. ¿Tiene antecedentes de exposición al VIH? Sí No
2. ¿Ha tenido una mamografía antes? Sí No No sé
En caso afirmativo, ¿cuándo y dónde se hizo? _____
3. ¿Tiene implantes mamarios? Sí No
4. ¿Alguna vez le hicieron una biopsia de mama? Sí No Mama derecha Mama izquierda
En caso afirmativo, ¿cuándo y dónde se hizo? _____
5. ¿Ha tenido cáncer de mama? Sí No No sé
¿Si sí, cuándo? _____
6. ¿Edad en el momento del primer período menstrual? _____
7. ¿Es usted menopáusica? Sí No En caso afirmativo, ¿qué edad? _____
8. ¿Cuántas veces ha estado embarazada? _____
¿Número de nacidos vivos? _____
¿Edad de cuando tuvo su primer hijo? _____
9. ¿Le han hecho una prueba de Papanicolaou antes? Sí No
En caso afirmativo, ¿cuándo y dónde se hizo? _____
10. ¿Ha tenido alguna prueba de Papanicolaou anormal antes? Sí No
¿Si sí, cuándo? _____
11. ¿Ha tenido alguna vez una histerectomía? (extirpación del útero / matriz) Sí No
Si es así, ¿cuándo se hizo? _____ Parcial Completo
12. ¿Está tomando algún tipo de píldora anticonceptiva? Sí No
13. ¿Está tomando o ha tomado alguna terapia de reemplazo hormonal (TRH)? Sí No
14. ¿Alguna vez le han diagnosticado algún tipo de cáncer: Sí No
En caso afirmativo, ¿tipo de cáncer y cuándo? _____
15. ¿Un familiar ha sido diagnosticado con cáncer de mama o de ovario: Sí No
(En caso afirmativo, marque con un círculo paterno / materno y enumere la relación)
Paterno / Materno _____ Mama Ovario Edad diagnosticada _____
Paterno / Materno _____ Mama Ovario Edad diagnosticada _____
Paterno / Materno _____ Mama Ovario Edad diagnosticada _____
Paterno / Materno _____ Mama Ovario Edad diagnosticada _____

16. ¿Se le ha realizado la prueba del gen BRCA? Sí No

En caso afirmativo, BRCA1 + BRCA2 +

17. ¿Ha sido educado en todas las evaluaciones apropiadas para su edad? Sí No

18. ¿Tiene algún problema NUEVO de lo siguiente:

Secreción del pezón (transparente / con sangre) Sí No Derecha Izquierda

Inversión del pezón Sí No Derecha Izquierda

Bulto / masa mamaria Sí No Derecha Izquierda

Bulto / masa mamaria Sí No Derecha Izquierda

Secreción vaginal Sí No

Sangrado vaginal anormal / inusual Sí No

19. ¿Ha tenido un examen clínico de mama (CBE) reciente (en los últimos 3 meses)? Sí No

Este es un examen físico realizado por un proveedor de atención médica para detectar bultos u otros cambios en los senos. En caso afirmativo, ¿dónde y cuándo se hizo? _____

Si no, ¿le gustaría tener uno? Sí No

20. ¿Quiere una cita con el ginecólogo? Sí No

Este es un examen que consiste en un examen pélvico y / o una prueba de Papanicolaou.

21. ¿Qué día de la semana está disponible para sus exámenes? Encierre en un círculo su respuesta:

Lunes, Martes, Miércoles, Jueves, Viernes

¿Alrededor de que hora? _____

22. ¿Dónde prefiere tener su (s) examen (s)? Marque su respuesta con un círculo: Roanoke- Jefferson Street, Daleville, Roanoke- Peters Creek Road, Stonewall Jackson Hospital, Giles, Franklin Memorial, Blacksburg, New River Valley

23. ¿Tiene algún problema de transporte que le impida asistir a sus citas programadas? Sí No

En caso afirmativo, marque lo siguiente: fondos limitados para gasolina no tiene automóvil

no tiene transportea



**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR LA
INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**

Yo _____ autorizo y solicito a _____ all physicians, hospitals, and health care providers
(Nombre) (Nombre de la entidad del Cuidado de la Salud)
Para compartir y revelar la información de salud protegida _____
(Nombre del Paciente)

Dirección del solicitante/Paciente

Dirección del Paciente: _____	Fecha de Nacimiento: _____
_____	Seguro Social: _____
_____	Teléfono: _____

A la siguiente persona, Agencia o Entidad del Cuidado de la Salud:

Nombre: Carilion Health System and the Virginia Department of Health: Breast & Cervical Cancer Early Detection Program
Dirección: Every Woman's Life Program- Carilion Clinic
102 Highland Ave Suite 202
Roanoke, VA 24013

Por favor especifique la información de salud protegida que se puede compartir marcando lo siguiente:

¿Está solicitando notas de psicoterapia? Si su respuesta es Sí, entonces sólo tiene que solicitar las notas de psicoterapia, en esta autorización. Usted debe presentar una autorización por separado para otras notas. Si es No, usted puede marcar cada una de la información que solicita a continuación.

Resumen de Instrucciones al dar de alta	Historia & Físico	Reporte del proceso Operativa Emergencia / EKG paciente ambulatorio/EEG/ ECHO/esfuerzo.
Historia médica completa	Reportes Radiología/Imágenes	
X Otra (especifique) Every Woman's Life Report	Reportes de Laboratorio	Solicitud Tratamiento Fecha(s)

Yo reconozco y como tal consiento a que la información divulgada puede contener información sobre abuso de drogas y alcohol, tratamiento psiquiátrico, tratamiento para enfermedades de transmisión sexual, pruebas para detección del VIH y resultados de la prueba del VIH o información sobre el SIDA _____ (Iniciales)

El propósito de esta solicitud de divulgación es para: Cuidado Médico, Cambio de Médico de Cabeza/Médico Familiar, Cambio de Especialista, Proceso del Seguro Médico, legal, A solicitud del individuo, Otro (Especifique) _____

Yo entiendo que:

- Al firmar esta Autorización estoy dando permiso a la Entidad del Cuidado de la Salud a divulgar Información Médica Protegida.
- Mi tratamiento, pagos, inscripción, elegibilidad para los beneficios no será condicionada a la firma de esta autorización.
- Yo puedo retirar (revocar) esta Autorización por escrito. El retiro de esta Autorización no afecta la divulgación de la información de Salud Protegida hecha anterior al recibimiento de la notificación por escrito de la revocación por el custodio de los registros de salud.
- Existe la posibilidad que la información divulgada pueda ser divulgada de nuevo por el recipiente y no estará más protegida por la ley.
- Una copia de esta Autorización y una anotación referente a la persona o agencia a las que se ha divulgado la información será incluida en los originales de la información de salud.
- Esta Autorización automáticamente va a expedir al año de la solicitud o en la fecha siguiente: _____
- El costo de las copias de la ISP puede ser aplicada al recibirlas. Yo puedo solicitar un estimado/factura, antes de hacer las copias de la información.

FIRMA: _____ **FECHA:** _____
(Firma del Paciente/Representante Legal) (Fecha Específica)

(Relación al Paciente/ Descripción de la autoridad para actuar) (Dirección / No. de teléfono del Representante Legal)

(Firma del Testigo) (Fecha)

HIM Empleado verifico identidad del solicitante _____ (Inicial)

NOTA: Esta información ha sido revelada a usted de su historia médica protegida por las normas federales de confidencialidad (42 CFR Parte 2). Las normas Federales prohíben hacer cualquier otra revelación de la información a menos que otra divulgación esta expresamente permitida por el consentimiento por escrito de la persona a la que le pertenece o según lo permitido por 42 CFR parte 2.



Acuerdo de participación de la cliente

Nombre de la cliente (con letra de molde): _____

La cliente se inscribe en: Servicios directos de EWL Solo navegación



Every Woman's Life

For Your Breast and Cervical Health

El programa Every Woman's Life fomenta y ofrece evaluaciones para la detección de cáncer de mama y cuello uterino, así como la navegación de las pacientes para mujeres elegibles con base en las pautas nacionales actuales. La meta de las evaluaciones es detectar el cáncer en su etapa más temprana para poder tratarlo.

Como participante del programa:

- Recibirá pruebas para la detección de cáncer de mama y cuello uterino adecuadas para usted según las pautas nacionales actuales, que incluyen, entre otros, exámenes, mamografías y pruebas de Papanicoláu.
- Recibirá servicios de navegación para pacientes que incluyen educación sobre servicios de detección y diagnóstico, discusión sobre posibles barreras para la atención (miedo, transporte, idioma, etc.) y el desarrollo de un plan de atención para atender sus necesidades.
- Si recibe resultados anormales, su administrador de casos la ayudará a programar cualquier prueba adicional necesaria.
 - Nota: Si está inscrita en EWL para recibir servicios directos, la mayoría de estas pruebas no tendrán ningún costo para usted, pero puede incurrir en costos por pruebas que el programa no cubra. Su administrador de casos trabajará con otras clínicas para asegurarse de que reciba todas las pruebas que necesita. Si hay un costo para usted, su administrador de casos se lo explicará antes de la fecha de la prueba o procedimiento.
- Si está inscrita en EWL para recibir servicios directos y se le diagnostica cáncer de mama o cuello uterino, puede ser elegible para que Medicaid pague su tratamiento. Su administrador de casos la ayudará a completar la solicitud de BCCPTA (Medicaid) y presentará la solicitud en su oficina local de DSS.

Acuerdo:

- Acepto hacerme las pruebas de detección y cualquier otra prueba que pueda necesitar.
- Cooperaré y ayudaré con el proceso de identificación de dificultades relacionadas con mi propia atención médica, así como las formas de superarlas.
- Acepto presentarme a todas las citas lo mejor que pueda y notificar al personal del programa si no puedo asistir a una cita programada.
- Confirmando que la información personal que he proporcionado es correcta.
- Acepto que mi información médica se pueda compartir con el programa.
- Entiendo que mi información personal es privada y será utilizada para determinar mi elegibilidad para el programa y por el administrador de casos para ayudarme a obtener las pruebas que necesito. Si estoy inscrita en los servicios directos de EWL, mi información puede ser compartida con la oficina local del DSS para procesar mi solicitud de Medicaid y si recibo Medicaid, entiendo que mi administrador de casos puede tener acceso a mi expediente médico para asegurarse de que he comenzado el tratamiento y evaluar cualquier barrera relacionada con mi atención y/o tratamiento. Entiendo que si descontinúo el tratamiento o no lo inicio, el DSS puede revocar mi inscripción en Medicaid.
- Entiendo que mi participación es voluntaria y que puedo abandonar el programa en cualquier momento. Si decido dejar el programa, me pondré en contacto con mi administrador de casos.
- Mis preguntas sobre el programa y los procedimientos han sido respondidas adecuadamente.

Firma de la cliente: _____ Fecha: _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____

For Office Use Only:

_____ EWL Handout reviewed and provided to the client

INITIAL

Revised 8/2022