Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama y Cervical de Florida

Acuerdo anual del solicitante

El Acuerdo Anual del Solicitante (AAA) se usa para obtener autorización e información de mujeres elegibles inscritas en el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Seno y Cervical (FBCCEDP). El FBCCEDP recopilará la información médica protegida de los participantes (PHI) y la información de identificación personal (PII) necesarias para prestarle servicios al paciente.

Lea cada declaración de abajo y acepte firmando al final del documento.

Como solicitante del FBCCED, declaro que:

1. Soy residente de Florida, quiero ser cliente del FBCCEDP y puedo retirarme en cualquier momento.
2. El ingreso anual neto de mi familia es o está por debajo del 200 % de los Niveles federales de pobreza (FPL), y no tengo un seguro médico que cubra pruebas de detección de cáncer de seno y cervical.
3. Ya no seré elegible para el FBCCEDP si mis ingresos cambian y superan el 200 % del Nivel federal de pobreza.
4. Me comunicaré con el FBCCEDP en cuanto tenga un seguro médico, y les daré el nombre de la compañía de seguros, el número de póliza y la fecha de vigencia. Si mi seguro médico cubre exámenes de detección de cáncer de seno y cervical, el FBCCEDP ya no pagará mis pruebas.
5. Revelaré cualquier prueba de detección de cáncer de seno o cervical que pueda afectar mi elegibilidad en la inscripción en el FBCCEDP.

6. Es posible que tenga que pagar una parte de los gastos de algunos servicios.
7. Un proveedor autorizado me hará las pruebas de detección de cáncer de mamas o cervical (examen de seno, mamografía o prueba de Papanicolaou).
8. **Acepto completar cualquier prueba de seguimiento en un plazo de 60 días. Si no cumplo estas directrices, podría ser responsable de una parte o del total de los gastos de todos los servicios.**

9. Permitiré el intercambio y la revelación de mi información médica entre mis proveedores de atención médica, el FBCCEDP, el Registro de datos de cáncer del Departamento de Salud de Florida, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades y otros relacionados con mi atención médica. Esta información podría incluir mi historial médico y los resultados de exámenes y procedimientos, aunque no los haya pagado el FBCCEDP.
10. Acepto recibir llamadas al teléfono de mi casa o a mi celular y comunicaciones a mi correo electrónico o dirección postal de parte del FBCCEDP y del Programa de Medicaid del Departamento de niños y familias (Department of Children and Families, DCF) sobre mi atención médica.
11. Entiendo que el FBCCEDP es un programa de pruebas de detección de cáncer de mama y cervical, no un programa de tratamiento de cáncer.
12. Si me diagnostican cáncer de mama o cervical mediante una prueba de detección del FBCCEDP, me remitirán al Programa de Medicaid del DCF, que decidirá si soy elegible para recibir los beneficios de Medicaid que cubren los gastos del tratamiento. Puedo volver a aplicar al FBCCEDP para hacer pruebas de detección una vez que haya completado el tratamiento.

13. Este acuerdo es por **un** año, a menos que cambie mi elegibilidad para el programa. Si cambia mi estado de elegibilidad, o se vence este acuerdo, es posible que yo sea responsable de los servicios prestados durante el período de inelegibilidad en el FBCCEDP.
14. **Según lo autoriza la ley federal, sección 552a del Título 5 del Código de los Estados Unidos, la recopilación de los números de seguro social por el Departamento de Salud de Florida para el FBCCEDP podrá ser necesaria para enviar una solicitud y recibir los beneficios de Medicaid.**

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con su Coordinador regional en la oficina regional local del FBCCEDP en:

Regional local de FBCCEDP: SEMINOLE Teléfono: (407)665-3244

Firma del cliente _____ Fecha _____

Nombre en letra de molde _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección de correo electrónico del cliente: _____