

Alaska Breast and Cervical Screening Assistance Program (AK B+C)
Chequeo De Mama Y Cuello Uterino
Formulario Anual de Inscripción

Nombre de la Clínica:		Historial médico #:	Cita: (mm/dd/year) - -
Apellido:		Nombre:	Inicial:
Dirección:		Ciudad/Estado/Código Postal:	
# Seguro Social (opcional):	Fecha de Nacimiento: (mm/dd/year) - -	Teléfono celular:	
Correo electrónico: (actualizaciones del programa y la información de salud de las mujeres)		Teléfono de casa:	
Raza y Etnicidad: ☐ Blanco/Medio Este/Norteafricano ☐ Negro o Afroamericana ☐ Nativo de Alaska o Indígena Americano (Marque todas las que correspondan) ☐ Nativo Hawaiano o Isleño Pacífico ☐ Asiático ☐ Origen Hispánico <i>todas las razas</i>			
¿Fuma o mastica tabaco? ☐ Sí ☐ No			
¿Cómo se enteró de este programa? ☐ Amigo/pariente ☐ TV/Radio ☐ Póster/Publicidad impresa ☐ Oficina del doctor ☐ Internet ☐ Otra			
¿Cuándo fue su última prueba de VPH? ☐ menos de 10 años ☐ hace 10+ años ☐ nunca Resultados _____ ¿Cuándo fue su último examen de papanicolao? ☐ menos de 10 años ☐ hace 10+ años ☐ nunca Resultados _____ ¿Cuándo fue su último examen de mamografía? ☐ menos de 10 años ☐ hace 10+ años ☐ nunca Resultados _____			
Resultados = Normal, Anormal y Desconocida			
Cobertura Médica: (Marque todas las que correspondan) ☐ Medicare Parte B – (No califica para el programa de asistencia para exámenes de seno y detección de cuello uterino en el estado de Alaska) ☐ Medicaid o DenaliCare _____ número de póliza ☐ Ninguno ☐ Seguro Privado: Nombre de Seguro _____ número de póliza: _____ (Aparece en su tarjeta de seguro)			
Ingreso del Hogar: Para familias con más de 7 personas, añadir un coste adicional de \$535.83 mensual or \$6.430 anual por cada persona extra. Marque el número de miembros de su familia (incluida Ud., su cónyuge o pareja, parientes y todos los niños que viven con Ud) _____ Marque la cantidad de sus ingresos: Mensual _____ o Anual _____			
Household size	Maximum Monthly income	Maximum Yearly income	
1	\$3,794	\$45,525	
2	\$5,133	\$61,600	
3	\$6,473	\$77,675	
4	\$7,813	\$93,750	
5	\$9,152	\$109,825	
6	\$10,492	\$125,900	
7	\$11,831	\$141,975	
Para clasificar al programa AK B+C, debe cumplir con las pautas de elegibilidad de ingresos. Ingresos incluyen todo el dinero de un trabajo, propinas, mantenimiento de hijos, pensión alimenticia, asistencia pública, seguro social, desempleo y Dividendos de Fondos Permanentes (PFDs).			
Deseo participar en programa AK B+C. Certifico que toda la información que he dado en esta aplicación es verdadera y correcta. Firma del Paciente: _____ Fecha (mm/dd/aa): / /			

If not completed by the individual named above, but recorded from information provided by the individual

Organization: _____ by _____ Date: ____-____-____ (mm/dd/year)

SI LAS SECCIONES AMARILLAS NO ESTÁN COMPLETAS CUANDO SE ENTREGUE EL FORMULARIO, LOS PAGOS POR LOS SERVICIOS SERÁN
RETRASADOS. PARA RECIBIR LOS PAGOS POR LOS SERVICIOS, ESTE FORMULARIO DEBE SER ENVIADO A:
STATE OF ALASKA/BREAST AND CERVICAL SCREENING ASSISTANCE PROGRAM, 3601 C. ST., STE. 322, ANCHORAGE, AK 99503. FAX #:
907-269-3414

**R
E**

CONSERVE PARA SUS REGISTROS.

Programa de Asistencia para Exámenes de Mama y Cuello Uterino de Alaska
Así es como funciona:

El Programa de asistencia para exámenes de detección de mama y cuello uterino es el programa del estado de Alaska que paga por exámenes de detección de cáncer de mama y cuello uterino y muchos servicios de diagnóstico.

- El Programa de Asistencia para Exámenes de Detección de Cáncer de Seno y Cuello Uterino de Alaska paga únicamente por los servicios relacionados con los exámenes de detección de cáncer de seno y cuello uterino. Usted es responsable de cualquier servicio adicional recibido en el momento de su visita como análisis de sangre u orina.
- Si tiene seguro de salud, su seguro será facturado antes que al Programa de Asistencia de Detección Cervical y de Seno de Alaska. Por favor informe a todos los proveedores que vea a cerca de todas las coberturas de seguro médico que tiene para eliminar la demora en el pago.
- Si le diagnostican cáncer de mama o de cuello uterino, la derivaremos a Medicaid para ayudar con el pago del tratamiento.
- En caso de que reciba facturas médicas, léalas y consérvelas. Si sospecha que hay un error o tiene preguntas, llame al Programa de asistencia para exámenes de detección de senos y cuello uterino de Alaska al 1.800.410.6266.
- El Programa de asistencia para la detección del cáncer de mama y de-cuello uterino de Alaska trata toda la información clínica y personal de una forma confidencial.
- Su inscripción en el Programa de asistencia para exámenes de detección de cuello uterino y de-seno de Alaska, está vigente durante un año, a partir de la fecha de inscripción.

Me inscribí el (mm/dd/aa): _____.

Mi clínica del Programa de Asistencia para Exámenes de Mama y Cuello Uterino de Alaska es _____.