

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA SOLICITUD DEL PACIENTE
(POR FAVOR COMPLETE TODAS LAS SECCIONES DE LA SOLICITUD)
(SI ALGUNA SECCIÓN NO APLICA A USTED, POR FAVOR MARQUE N/A)

PÁGINA 1: **NÚMERO DE SEGURO SOCIAL** - Este es su número de identificación usado por el programa para propósitos administrativos y pagar sus cuentas médicas. Es **importante** tener el número correcto para evitar errores, así que si usted tiene un número de Seguro Social, por favor proporcione una copia de su tarjeta. **SI USTED NO TIENE NÚMERO DE SEGURO SOCIAL, POR FAVOR MARQUE No SS#**. Un número de identificación le será asignado y aparecerá en la carta de identificación enviada por nuestra oficina central.

RESIDENCIA EN MARYLAND – Por favor proporcione **una** copia de **uno** de los siguientes documentos que muestren el nombre del solicitante Y su dirección actual:

- Licencia de conducir del Estado de Maryland ****Si usted tiene un apartado postal (P.O. Box)**
- Tarjeta de Identificación del Estado de Maryland **solamente** – Usted necesitará una carta de
- Recibos de Utilidades: Verificación del Administrator de correos
 - ❖ Recibo de gas y/o electricidad (pregunte en su oficina de correo local).
 - ❖ Recibo de Agua
 - ❖ Recibo de Teléfono (únicamente de la residencia)

- Contrato de Arrendamiento
- Contrato Hipotecario
- Récord Escolar
- Registro de su Vehículo
- Tarjeta de Registro para Votar
- Recibo o comprobante de pago de impuesto a su propiedad.
- Contrato de Servicio Residencial – Servicios de Reparación
- Declaración W-2 (con vigencia no mayor de 12 meses)
- Declaración de impuesto firmada (con vigencia no mayor de 12 meses)
- Cheque o Colilla de Pago de su salario con su Nombre Completo y Dirección domiciliaria.

PÁGINA 2: **CONDICIÓN MÉDICA ELEGIBLE** - **UNA COPIA DE LOS RESULTADOS DE LA PRUEBAS (Y/O EXAMENES) SE DEBE ADJUNTAR A LA SOLICITUD.** Usted puede obtener una copia de la clínica, de la oficina del doctor o del hospital. El programa solamente cubrirá a pacientes con condiciones precancerosas y cancerosas que afecten la cervix (cuello de la matriz) y/o seno.

PÁGINA 3: **INFORMACIÓN DEL SEGURO** - Si usted tiene Asistencia Médica **COMPLETA**, usted **no** es elegible para este programa. Si usted no ha aplicado para recibir Asistencia Médica, le urgimos que presente una solicitud al programa de Asistencia Médica. Por favor lea las instrucciones incluidas en este paquete. Si usted tiene una tarjeta del Programa de Planificación Familiar, del Programa para el Cuidado Primario de Adultos (PAC), y/o una tarjeta de beneficiario de Medicare, por favor complete la solicitud y proporcione una copia de su(s) tarjeta(s). El programa puede cubrir beneficios para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de seno y cáncer cervical que no están cubiertos por su(s) otros programa(s) de asistencia médica de Maryland.

- **Cualquier otro seguro** – Por favor complete esta sección y proporcione una copia de su(s) tarjeta(s). Es importante marcar **todas** las áreas cubiertas por su seguro. [El seguro de Medigap se refiere al seguro que paga parte o toda la cantidad que queda después que Medicare ha pagado su parte (por ejemplo, AARP, Blue Cross/Blue Shield, etc.)].

PÁGINA 3: **ELEGIBILIDAD FINANCIERA** - La elegibilidad se basa en su **ingreso total anual**. Una copia de su más reciente declaración de impuesto federales se prefiere porque proporciona la información más exacta. Si esta no está disponible o usted no ha declarado impuestos, **cualquier** otra forma de prueba de ingresos es aceptable.

- **W-2:** Declaración de Salario e Impuestos. Su empleador puede proveérselo.
- **La carta de Declaración del Seguro Social** - La administración del Seguro Social envía esta carta por correo cada Enero. Este documento indica la cantidad que usted recibirá cada mes.
- **Dos Comprobantes (colillas) de pago** – Deben ser dos pagos consecutivos o dos pagos en el mismo mes.
- **Carta Notarizada** - Esta carta declara que usted **no** está trabajando y que **no** tiene **ningún** otro ingreso. Este es un documento legal y debe ser sellado y firmado por un notario público. Esto significa que **usted** es responsable de devolver cualquier cantidad de dinero pagado por el Estado si esta declaración resulta ser falsa.

**** Si usted recibe ingresos exento de impuestos, tal como manutención para los hijos o cuidado para crianza de niño adoptado, USTED debe proporcionar la documentación legal. ****

**** Si está separada de su esposo, pero no tiene un acuerdo legal de la separación, USTED DEBE proporcionar la documentación de los ingresos de su esposo. ****

PÁGINA 3: **COMPOSICIÓN FAMILIAR** – Solo los miembros de la familia que se puedan incluir como dependientes en su declaración de impuestos pueden ser incluidos.

PÁGINA 3: **INGRESO FAMILIAR** – Por favor incluya **todo** lo que le aplica.

PÁGINA 4: **ACUERDO DEL PACIENTE** – Por favor lea cuidadosamente porque esta solicitud es un documento legal. Su firma indica que: (1) la información o declaración que ha proporcionado es verdadera; (2) el Programa tiene su permiso para verificar la información proveída; y (3) el Programa tiene su permiso para revelar información médica, financiera y de seguro de salud.

Programa de Diagnóstico y Tratamiento de Cáncer del Seno y Cáncer Cervical
Departamento de Salud e Higiene Mental de Maryland
Administración para la Salud Familiar

Tipo de aplicación: [] Nueva Aplicación [] Renovación de Aplicación

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (Por favor escriba a máquina o en letra de molde)

Número de Seguro Social: [][][][]-[][][]-[][][][][] Fecha de Nacimiento: [][][]/[][][]/[][][][][] Sexo: [] Masculino [] Femenino

Nombre: [] Apellido [] Primer Nombre [] Inicial nombre

Origen Étnico: ¿Es usted Hispana o Latina? [] Sí [] No Estado civil: [] Soltera/nunca casada [] Casada [] Viuda [] Separada (debe proporcionar copia del acuerdo legal de la separación) [] Divorciada (debe proporcionar copia del decreto del divorcio)

Raza Si es multirracial, seleccione todas las que apliquen: [] Blanca [] Negra o Africana [] Asiática [] India Americana o Nativa [] Islaña hawaiana u otra nativa del Pacífico [] Otra (Especifique) [] Paciente empleada: [] Sí [] No ¿Sí, cuanto tiempo? [] Sí, lugar de trabajo: [] Teléfono del trabajo: [] Conyugue empleado: [] Sí [] No ¿Sí, cuanto tiempo? [] Sí, lugar de trabajo: [] Teléfono del trabajo: []

Dirección domiciliar: [] Número, calle/P.O.Box

Ciudad Estado Código postal Condado de residencia

Residente de Maryland: [] Sí [] No

Teléfono del Domicilio: [][][][]/[][][][]/[][][][][] Extensión: [][][][] Teléfono del Trabajo: [][][][]/[][][][]/[][][][][] E-Mail: [] Número de Fax: [][][][]/[][][][]/[][][][][]

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: [] Apellido [] Primer Nombre Teléfono: [][][][]/[][][][]/[][][][][]

Relación con el paciente: [] Cónyuge [] Padre [] Hijo [] Otro (Especifique): []

INFORMACIÓN DE LA REFERENCIA

Fuente: (Quién le proporcionó la aplicación del programa?) [] Médico [] Hospital [] Uno mismo [] Amigo [] Otro (Especifique) []

PARA USO OFICIAL DEL DEPARTAMENTO DE SALUD (DHMH USE ONLY) [] BCC Screening [] STD [] Colposcopy [] Family Planning

Persona de contacto: (¿Quién la refirió a este programa?) Nombre: [] Apellido [] Primer nombre Teléfono: [][][][]/[][][][]/[][][][][]

Nombre del Paciente: _____
 Fecha de Nacimiento: _____

Estado de Maryland

Aplicación del Paciente para el Programa de Diagnóstico y Tratamiento de Cáncer del Seno y Cáncer Cervical
 (Página 2 de 4)

ELEGIBILIDAD MÉDICA

Condición médica elegible: (Marque todas las que apliquen)	PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE DOCUMENTATION		
	Yes	No	Initial
<input type="checkbox"/> Mamografía anormal que requiere diagnóstico adicional	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	_____
<input type="checkbox"/> Examen clínico del seno anormal que requiere diagnóstico adicional	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	_____
<input type="checkbox"/> Biopsia positiva del seno que indica la necesidad de tratamiento	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	_____
<input type="checkbox"/> Cáncer de seno previo (año del diagnóstico: _____)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	_____
<input type="checkbox"/> Hiperplasia Ductal Atípica.....	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	_____
<input type="checkbox"/> Tumor de Phylloides	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	_____
<input type="checkbox"/> Examen de Papanicolaou (Pap) anormal que requiere diagnóstico adicional.....	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	_____
<input type="checkbox"/> Biopsia cervical positiva que indica la necesidad de tratamiento.....	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	_____
<input type="checkbox"/> Cáncer cervical previo (año del diagnóstico: _____)	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	_____

Usted **DEBE** adjuntar una copia de los resultados de la prueba (es decir, informe de la patología, informe de la citología, o informe de mamografía) para documentar su elegibilidad para el programa.

INFORMACIÓN DEL SEGURO

El Programa de Diagnóstico y Tratamiento solamente paga por servicios elegibles después que otro seguro aplicable ha pagado su parte correspondiente. Para procesar su aplicación más eficientemente, por favor complete la siguiente información.

¿Usted tiene Medicaid/Asistencia Médica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No • Si tiene, Número de Medicaid/Asistencia Médica: _____ Fecha de Vigencia: _____ Fecha de Vencimiento: _____ <small>Mes/Día/Año Mes/Día/Año</small> • Si no tiene, ha aplicado para Asistencia Médica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si ha aplicado, fecha de aplicación: _____) <small>Mes/Día/Año</small>	PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE VERIFICATION <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No _____ Initial
---	---

¿Usted tiene otro seguro médico? Sí No

• Si tiene otro(s) seguro médico, usted **DEBE** adjuntar una copia de todas sus tarjetas de seguro.

(Por favor complete la siguiente información de su seguro.)

NOMBRE DEL SEGURO (Marque todos las que apliquen)	ASEGURADO PRINCIPAL (usted, conyugue, o padres)	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN / NUMERO DE GRUPO:	FECHA DE VIGENCIA	FECHA DE VENCIMIENTO
<input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Parte A <input type="checkbox"/> Parte B <input type="checkbox"/> Parte D <input type="checkbox"/> HMO		N° de Identificación:	MES/DÍA/ANO	MES/DÍA/ANO
<input type="checkbox"/> Medigap Nombre de la Compañía de Seguro :		N° de Identificación:	MES/DÍA/ANO	MES/DÍA/ANO
		N° de Grupo:		
<input type="checkbox"/> Seguro de Salud Privado (1) Nombre de la Compañía de Seguro :		N° de Identificación:	MES/DÍA/ANO	MES/DÍA/ANO
		N° de Grupo:		
<input type="checkbox"/> Seguro de Salud Privado (2) Nombre de la Compañía de Seguro :		N° de Identificación:	MES/DÍA/ANO	MES/DÍA/ANO
		N° de Grupo:		
<input type="checkbox"/> Dependiente De Militar		N° de Identificación:	MES/DÍA/ANO	MES/DÍA/ANO
		N° de Grupo:		

¿Qué cubre su seguro? (Marque todo lo que aplique)

- Servicios de médicos
 Servicios de Hospital: Cuidado de Hospitalización
 Cuidado Ambulatorio

Nombre del Paciente: _____
 Fecha de Nacimiento: _____

Estado de Maryland

Aplicación del Paciente para el Programa de Diagnóstico y Tratamiento de Cáncer del Seno y Cáncer Cervical

(Página 3 de 4)

ELEGIBILIDAD FINANCIERA

Para determinar su elegibilidad financiera para este programa, necesitamos reunir información con respecto a la composición e ingreso familiar. Adjunto con su solicitud, por favor presente prueba de sus ingresos – (Su Declaración de Impuestos federales mas reciente es preferida. Sin embargo, las forma W-2: Declaración de Salario e Impuestos, la carta de Declaración del Seguro Social, un mínimo de 2 comprobantes (colillas) de pago, o una carta notarizada que indique "No Ingresos y Ningún Empleo" puede ser sustituido). Por favor notifique al Programa con respecto a cualquier cambio en la composición familiar o información de ingresos.

COMPOSICION FAMILIAR – Por favor anote los nombres y las edades de todos los miembros de la familia incluidos como dependientes en su Declaración de Impuestos e indique la relación con el paciente (es decir, esposo, padre, hijo/a).

APELLIDO	PRIMER NOMBRE	EDAD	RELACION CON EL PACIENTE
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Si hay más de cinco personas que residen en su casa, por favor adjunte una lista de los otros dependientes incluidos en su Declaración de impuestos con el nombre, la edad y la relación con el paciente.

El número total de personas en la casa (incluyendo el paciente) :

INFORMACIÓN DE INGRESO FAMILIAR

	INGRESO (Por favor indique semana, mes, o año)			PARA USO DE LA OFICINA DOCUMENTATION
Ingreso del paciente (Incluye Seguro Social y cualquier otro beneficio de jubilación)	\$.	<input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año	Total Anual: \$.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A Initial: _____
Ingreso del cónyuge (Incluye Seguro Social y cualquier otro beneficio de jubilación)	\$.	<input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año	Total Anual: \$.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A Initial: _____
Ingreso de los padres (Si el paciente es hijo dependiente en la Declaración de Impuestos de sus padres)	\$.	<input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año	Total Anual: \$.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A Initial: _____
Manutención para hijos (niños)	\$.	<input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año	Total Anual: \$.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A Initial: _____
Suplemento Para Crianza del Niño Adoptado (Si el niño (s) esta incluido en la composición familiar)	\$.	<input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año	Total Anual: \$.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A Initial: _____
Seguro por Desempleo <input type="checkbox"/> paciente <input type="checkbox"/> esposo <input type="checkbox"/> padre	\$.	<input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año	Total Anual: \$.	Fecha de Vigencia: Fecha de Vencimiento: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A Initial: _____
Compensación al Trabajador <input type="checkbox"/> paciente <input type="checkbox"/> esposo <input type="checkbox"/> padre	\$.	<input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año	Total Anual: \$.	Fecha de Vigencia: Fecha Vencimiento: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A Initial: _____
Seguro de Incapacidad del Seguro Social <input type="checkbox"/> hijo dependiente <input type="checkbox"/> paciente <input type="checkbox"/> esposo <input type="checkbox"/> padre	\$.	<input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año	Total Anual: \$.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A Initial: _____
Pensión de Mantenimiento <input type="checkbox"/> paciente <input type="checkbox"/> esposo <input type="checkbox"/> padre	\$.	<input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año	Total Anual: \$.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A Initial: _____
TOTAL DE INGRESO ANUAL FAMILIAR			\$.	



STATE OF MARYLAND

DHMH

Departamento de Salud e Higiene Mental de Maryland
201 W. Preston Street • Baltimore, Maryland 21201

Martin O'Malley, Governor – Anthony G. Brown, Lt. Governor – Joshua M. Sharfstein, M.D., Secretary

Family Health Administration
(Administración para la Salud Familiar)

Russell W. Moy, M.D., M.P.H., Director

Declaración del Paciente

Yo, _____, declaro que:

Yo no estoy empleada en este momento y no recibo dinero por desempleo, ingresos o ayuda en efectivo de ninguna otra fuente. Yo vivo con mi(s) _____ (padres, amigos, parientes, etc.) y recibo solamente techo y comida. Yo no estoy cubierta por ningún tipo de seguro de salud.

Recibo asistencia pública. Marque todas las que apliquen:

Cupones de alimentos

Asistencia de dinero en efectivo

Subsidio para Vivienda

(FIRMA)

(FECHA)

Notary Public: _____

Date: _____

My commission expires on: _____

Toll Free 1-877-4MD-DHMH • TTY for Disabled - Maryland Relay Service 1-800-735-2258

Web Site: www.dhmv.state.md.us

Nombre del Paciente: _____
Fecha de Nacimiento: _____

Estado de Maryland

Aplicación del Paciente para el Programa de Diagnóstico y Tratamiento de Cáncer del Seno y Cáncer Cervical

Página 4 of 4

ACUERDO DEL PACIENTE

(Por favor lea cuidadosamente antes de firmar)

Certifico que toda la información en esta solicitud es verdadera, correcta y completa. Entiendo que si proporciono información falsa puedo ser sujeta a sanciones bajo las leyes Federales o las leyes del Estado de Maryland y tendría como resultado la negación de la elegibilidad para el programa.

Autorizo al Departamento de Salud e Higiene Mental del Estado de Maryland, Centro para la Vigilancia y el Control del Cáncer, a verificar cualquier información proporcionada por mí en esta solicitud. Proporcionaré la prueba de cualquier información que sea requerida por el Programa.

Estoy de acuerdo con la revelación de información médica/financiera/de seguro de salud en relacion al diagnóstico y/o el tratamiento pertinentes a mi cuidado a las siguientes entidades: el médico, el enfermero, enfermera anestesista, el hospital, agencia de salud para el cuidado en casa, y el fisioterapeuta que me proporcionen cuidado médico; la farmacia y la compañía de suministros médicos que he elegido; el departamento de salud local responsable de implementar el Programa de Diagnóstico y Tratamiento; y el Departamento Salud e Higiene Mental del Estado de Maryland que administra el programa de Diagnóstico y Tratamiento.

Firma del aplicante

Nombre de la persona a contactar
(Letra de molde)

Nombre del aplicante
(Letra de molde)

Dirección de la persona a contactar
(Letra de molde)

Fecha de la solicitud

Teléfono del trabajo de la persona a contactar

POR FAVOR ENVIAR LA SOLICITUD COMPLETA A:

Center for Cancer Surveillance and Control
Maryland Department of Health and Mental Hygiene
Family Health Administration
P.O. Box 13528
Baltimore, Maryland 21203-2399

Si tiene alguna pregunta por favor llame al (410) 767-6787.

EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE CANCER DE CERVIX Y DE PECHOS

HECHOS

En Julio, 1992, se hicieron disponibles fondos del Estado para pagar tratamiento y diagnóstico del cáncer del cérvix (cuello de la matriz) y/o pechos. Este es un programa para residentes de Maryland que califiquen. Este programa **unicamente** paga por servicios médicos relacionados con cáncer del cérvix y pechos.

Quienes califican?

Usted tiene que:

- Ser residente de Maryland (si se va a vivir fuera del Estado, ya no califica), Y
- Tener un ingreso que el programa requiera, Y
- Tener un seguro de salud con el siguiente criterio:
 - No tener seguro, O
 - Tener Medicare, O
 - Tener un seguro de salud, en el cual, uno de los criterios o condiciones se cumpla:
 - ◆ tu pago no alcanza el deducible, O
 - ◆ los **servicios** que necesitas no los cubre tu seguro, O
 - ◆ el reembolso pagado por su compañía de seguro es menor que la tasa de Asistencia Médica del Estado.

Nota: Los pacientes que califican para la Asistencia Médica, no califican para éste programa

CUALES SON TUS RESPONSABILIDADES

Debes:

- Completar y firmar esta solicitud para el Programa, **tener pruebas que eres residente de Maryland, y tener un comprobante de tu ingreso(lo que ganas)**. Si no tiene ingreso, debes presentar carta notariada que compruebe los hechos.
- Completa la solicitud de Asistencia Médica de Maryland (Medical Assistance).
- Muestra la carta o tarjeta de identificación "ID" del Programa cada vez que visites a un proveedor del Programa. **POR FAVOR, CONSERVA LA CARTA O TARJETA ORIGINAL.**
- Visita únicamente a Proveedores del Programa. Está disponible una lista para contactos locales. Tu serás responsable por los cobros recibidos de Proveedores que no están dentro del Programa, si ellos escogieron no estar dentro del Programa.
- Notifícale al Programa cuando ocurra alguna de las siguientes cosas:
 - Tu ingreso cambia, O
 - Tu seguro de salud cambia, O
 - Te vas a vivir fuera del Estado, O
 - Si su dirección y teléfono cambia, O
 - Si usted necesita respuesta tiene preguntas acerca del programa.
- Renueva anualmente tu solicitud al Programa.

¿QUE SERVICIOS MEDICOS SON CUBIERTOS?

El Programa pagará únicamente procedimientos directamente relacionados al diagnóstico y tratamiento de cáncer del cérvix y/o senos. Están incluidos los siguientes:

- El procedimiento para el diagnóstico de cáncer de senos (e.g. ultrasonido, biopsia de los senos, etc.).
- El procedimiento para el tratamiento del cáncer de senos(e.g. lumpectomía, mastectomía, terapia de radiación, participación en experimentos clínicos contratados).
- El procedimiento para el diagnóstico del cáncer del cérvix (e.g. colposcopia, biopsia cervical).
- El procedimiento para el tratamiento del cáncer del cérvix (crioterapia, laser e histerectomía, etc.).
- Terapia Ocupacional y Terapia Física de cáncer del cervix.
- Medicamentos ordenados por el doctor para tratamiento de cáncer del seno.
- Pelucas
- Equipos medicos como ser un seno artificial (prosthesis) cada 3 año o 2 brasieres medicados cada año.

- Reedificación de seno (la reedificación de pezón y tatuando no cubrió)
- Otros costos relacionadas con el tratamiento, como ser exámenes de laboratorio, rayos x o cuidados de hospital.

CUALES SON LOS SERVICIOS NO CUBIERTOS POR EL PROGRAMA?

- Cubre tu cabeza en lugar de Peluca
- Procedimientos Experimentales
- Ayudantes de salud a domicilio (las enfermeras de salud que van a tu casa y terapia física, estan disponibles, sí los cubre.
- Servicio de Transportación incluso ambulancia
- Medicamentos que no esten relacionados al tratamiento de cáncer de senos y/o cáncer del cérvix (e.g. insulina, medicamentos del corazón, etc.). Si en el tratamiento de senos o cáncer de cérvix te origina la necesidad de tratamientos para otros problemas, el programa te pagará éstos medicamentos.
- La reedificación del pezón y Tatuando

COMO FUNCIONAN LOS PAGOS BAJO ESTE PROGRAMA?

- El Programa puede pagar sólomente a los proveedores que han firmado un acuerdo por escrito de participar en este programa.
- El Programa paga a los proveedores directamente. (ningun pago se le hace al paciente.)
- Si no tiené seguro, el Programa paga al proveedor el diagnóstico o el procedimiento de tratamientos que reciba por cáncer de senos y/o del cérvix (cuello de la matriz).
- Si usted tiene seguro, su proveedor enviara primero los cobros a su seguro.
- Si tiene cobertura por medicare, el Programa pagará por:
 - Las cuotas que paga como paciente y cualquier cuota de la farmacia.
 - Su deducible anual sino lo ha alcanzado.
 - Servicios relacionados con cáncer de los senos y del cérvix que no los cubra o pague el medicare.

- Si usted tiene seguro de enfermedad de otra manera que cuidado Médico, el Programa pagará:
 - Su deductible anual, si no lo a alcanzado.
 - Su **co-paga en cargas de farmacia sólo**. **** LA CANTIDAD DEL COASEGURO EN TODAS LAS OTRAS CARGAS ES SU RESPONSABILIDAD DE PAGAR. ****
El ejemplo: Si su plan del seguro paga 80% de la cantidad admisible y su responsabilidad es el quedándose 20% de la cantidad permitida, usted es responsable pagar esta cantidad.

<u>Cargas médicas</u>	<u>El seguro permite</u>	<u>El seguro paga 80% bajo su plan</u>	<u>Su responsabilidad @ 20 %</u>
\$ 100.00	\$ 80.00	\$ 64.00	\$ 16.00

- Servicios relacionados con cáncer de senos y el cérvix que no estan cubiertos por su seguro.

RECUERDE:

- Si usted tiene cualquier pregunta, o recibe una cuenta en el correo, llama su contacto local. Si usted no tiene contacto local llama la oficina central en (410) 767-6787 y pide a una enfermera.
- El Programa **SOLO** cubre los **SERVICIOS** relacionados al seno o el cáncer cervical.
- Usted debe utilizar a proveedores de Programa.
- Usted debe mostrar su carta de oro del sello "identificación" cada vez usted utiliza a un proveedor del Programa. Está seguro que el proveedor advierte el "Manda Facturando a:" la sección de la carta de identificación.

**Sabemos que esto es un tiempo duro para usted.
Permítanos ayudar tomando parte de la preocupación fuera de pagar por el cuidado.**

**DEPARTAMENTO DE SALUD Y DE HIGIENE MENTAL DE MARYLAND
Y SU INFORMACION DE SALUD**

NOTA DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTA NOTA ES PARA INFORMARLE A USTED COMO SU INFORMACION MEDICA PUEDE SER USADA Y PUEDE SER REVELADA Y COMO USTED PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACION. POR FAVOR LEALA CON CUIDADO.

Salvaguardando su Información de Salud Protegida

El Departamento de Salud y de Higiene Mental de Maryland (DHMH) esta comprometido a proteger su información de salud. Para que podamos proporcionarle tratamiento o para pagar por su cuidado medico, DHMH le pedirá información acerca de su salud. Esa información se pondrá en su registro médico. El registro médico contiene generalmente sus síntomas, los resultados de exámenes y pruebas, diagnóstico y tratamiento. Esa información llamada su registro médico es legalmente regulada como información de salud y puede ser usada con varios propósitos. DHMH debe seguir las prácticas de privacidad en esta Nota, aunque DHMH reserva el derecho a cambiar nuestras prácticas de privacidad y los terminos de esta Nota en cualquier momento. Usted puede pedir una copia de nuestra última Nota de Prácticas de Privacidad de DHMH. Esta Nota tambien esta disponible en nuestro sitio de internet en <http://www.dhmh.state.md.us/>.

Cómo DHMH Puede Usar y Revelar su Información de Salud Protegida

Los empleados de DHMH sólomente usaran su información de salud como parte de su trabajo. DHMH debe obtener su autorización por escrito para usar su registro médico en cualquier otra manera, a menos que la ley lo requiera o lo permita. Algunos ejemplos de usos y revelaciones de su información de salud son:

Los Usos y las Revelaciones con relación a Tratamiento, Pago, u operaciones de Cuidado Médico

Para el tratamiento: DHMH puede usar o compartir su información de salud para aprobar o negar tratamiento, y para determinar si su tratamiento médico es apropiado. Por ejemplo, los proveedores de asistencia médica de DHMH podrian necesitar hacer una revisión de su tratamiento con su doctor regular a resultado de una necesidad médica o para coordinar bien su cuidado.

Para obtener pago: DHMH puede usar o compartir su información de salud para facturar u obtener pago por servicios de cuidado médico y para determinar si usted tiene derecho a esos servicios. Por ejemplo, su proveedor de cuidado médico puede mandar la cuenta para obtener pagó por los servicios médicos que usted ha recibido.

Para operaciones de cuidado médico: DHMH puede usar y compartir su información de salud para verificar la calidad de nuestros servicios, o para nuestros interventores de cuentas del estado o federales.

Otros Usos y Revelaciones de Información de Salud Requeridos o Permitidos por la ley

Requerido por la ley: DHMH puede revelar información de salud cuando sea requerido por la ley.

Con Propósito de información: a menos que usted nos diga que no, DHMH puede mandar recordatorios de citas y otros materiales de programas a su hogar.

Actividades publicas de Salud: DHMH puede revelar su información de salud cuando DHMH es requerido a obtener o a reportar información sobre enfermedades, heridas o para reportar estadísticas esenciales a otras divisiones del Departamento de Salud o a otras agencias publicas de salud.

Actividades de supervision de salud: DHMH puede revelar su información de salud a otras divisiones en el Departamento o a otras agencias que proporcionan supervision requerida por la ley. Ejemplos de estas actividades de supervision son las revisiones, las inspecciones, las investigaciones, y licenciaturas.

Córoner, revisadores médicos, directores de funerales y donaciones de órganos: DHMH puede revelar su información de salud acerca de muerte a córoneres, revisadores médicos, o directores de funeral. Podemos compartir también información con ciertas organizaciones acerca de transplante de órganos, ojos, o donativos de tejido.

Propósitos de Investigacion: En ciertas circunstancias y bajo la supervisión de nuestra Mesa Institucional de Revisión u otro grupo designado de la privacidad, DHMH puede revelar información de salud para ayudar con alguna investigación médica.

Prevenir amenazas a la salud o la seguridad: Para poder evitar una amenaza grave a la salud o la seguridad, DHMH puede revelar información de salud según sea neccario a la ley o a otras personas que puedan prevenir o disminuir razonablemente la amenaza de daño.

Abuso y Descuido: DHMH revelará su información de salud a las autoridades apropiadas si creemos que usted quizás sea una víctima de abuso, de descuido, de violencia doméstica, o de algún otro crimen. DHMH puede revelar su información de salud según sea necesario para prevenir alguna amenaza grave de salud o de la seguridad de usted o de otros.

Funciones específicas del gobierno: En algunas situaciones DHMH puede revelar la información de salud del personal militar y de veteranos, y a facilidades correctionales. Podemos revelar también información para la

matriculación a programas de beneficio del gobierno, y por razones de seguridad nacional, como para proteger al Presidente.

La familia, los amigos o otros implicados en su cuidado: DHMH puede compartir su información de salud con gente si ellos están implicados en su cuidado o en el pago de su cuidado. DHMH puede compartir también su información de salud con gente para notificarlos acerca de su ubicación, de su condición general, o de su muerte.

Compensación del trabajador: DHMH puede revelar información de salud a los programas de la compensación del trabajador que proporcionan beneficios por heridas o enfermedades relacionadas con el trabajo, sin importar culpas.

Directorios de pacientes: El plan de salud bajo el que usted está inscrito no mantiene un directorio para los visitantes o personas que llaman preguntando por usted. Usted no será identificado a una persona que llame o visitantes desconocidos sin su autorización.

Casos legales, las disputas y las demandas: Si usted está implicado en un caso legal, en una disputa, o en una demanda, DHMH puede revelar su información de salud en respuesta a un tribunal o la orden administrativa, la citación, el pedido del descubrimiento, la investigación de una demanda puesta para usted, o en otro proceso legal.

La aplicación de la ley: DHMH puede revelar su información de salud a un oficial de la ley si la ley lo requiere, o en respuesta a una citación.

Usted Tiene el Derecho a:

Pedir las restricciones. Usted tiene el derecho de pedir que DHMH restrinja la información de salud que nosotros usamos o revelamos acerca de usted. DHMH honorará su pedido si es posible, pero no es requerido legalmente que estemos de acuerdo a su pedido de restricción. Si DHMH concuerda a una restricción, nosotros lo seguiremos excepto en situaciones de emergencia.

Pedir comunicaciones confidenciales. Usted tiene el derecho de pedir que DHMH le mande información a una dirección diferente o en una manera diferente. Nosotros debemos concordar en hacer así, si es razonablemente fácil.

Inspeccionar y copias. Usted tiene el derecho de ver su información de salud cuando usted lo pide en forma escrita. Si usted quiere copias de su información de salud, nosotros le podemos cobrar un honorario por copiar, dependiendo de sus circunstancias. Usted tiene el derecho de escoger qué partes de su información usted quiere que sea copiado y de saber el costo de las copias antes que nosotros los hagamos.

Pedir una enmienda. Usted puede pedir a DHMH en forma escrita, que correcciones o que le añadan a su registro de la salud. DHMH puede negar el pedido si se decide que la información de la salud: (1) es correcta y esta completa; (2) no fue creada por nosotros y/o no es parte de nuestros registros; (3) no puede ser revelada. Si DHMH concuerda con los cambios que usted solicitó, cambiaremos su registro y le informaremos a usted y le diremos también a los otros que necesitan saber acerca del cambio en su información de salud.

Contabilidad de revelaciones. Usted tiene el derecho de pedir una lista de las revelaciones de su información de salud hechas después del 14 de abril del 2003. Las excepciones son información de salud que se ha utilizado en el tratamiento, pagos y operaciones. DHMH no le tiene que listar las revelaciones que le hicimos a usted o que fueron pedidas en forma escrita por usted, o proporcionadas para la seguridad nacional, a oficiales de la ley o a facilidades de la correccional. No habrá cobro por una de estas listas anualmente.

Nota: Usted tiene el derecho de recibir una copia en papel de esta Nota y/o una copia por correo electrónico.

Para Más Información

Este documento está disponible en otros idiomas y formatos alternativos que cumplen con guías de las actas de los Americanos con Incapacidades. Si tiene preguntas y le gustaría más información usted puede avisar:

(Mete el nombre y número del Negocio Designado): Gwendolyn Patterson-Askew, Phone: (410) 767-0965.

Para Informar de algun Problema con nuestras Prácticas de la privacidad

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede poner una queja.

- Usted puede poner una queja con el Departamento de Salud y de Higiene Mental de Maryland, la División de la Conformidad Corporativa llamando al 1-866-770-7175.
- Usted puede poner una queja con el Secretario de los EE.UU. El Departamento de Salud y de Servicios Humanos, la Oficina de Derechos Civiles. Usted puede llamar el Departamento Salud y de Higiene Mental de Maryland para obtener la información del contacto.

DHMH no tomará acción vengativa contra usted si usted pone una queja.

La Fecha Efectiva: Esta Nota tome efecto el 14 de abril del 2003.

Información importante

Información para Medicaid

Pautas sobre ingresos

Si usted es padre de familia o un familiar cuidador primario con ingresos cercanos a los de la lista que aparece a continuación, puede tener derecho a Medicaid. *Si usted no es padre ni familiar cuidador primario, lea la información al final de la página.

Número de miembros de la familia	Total de ingresos anuales del hogar
1	\$12,600
2	\$16,900
3	\$21,200
4	\$25,600
5	\$29,900
6	\$34,300
Por cada persona adicional se añaden	\$4,300

Cómo presentar su solicitud

- **Póngase en contacto con su Departamento local de salud para obtener información sobre cómo presentar su solicitud de Medicaid.**

Números de contacto de los departamentos locales de salud

Allegany	(301) 759-5076	Harford	(443) 643-0343
Anne Arundel	(410) 222-4792	Howard	(410) 313-7500
Ciudad de Baltimore	(410) 649-0512	Kent	(410) 778-7023
Condado de Baltimore	(410) 887-2957	Montgomery	(240) 777-3120
Calvert	(410) 535-5400	Prince George	(888) 561-4049
Caroline	(410) 479-8004	Queen Anne	(410) 758-0720
Carroll	(410) 876-4916	St. Mary	(301) 475-4275
Cecil	(410) 996-5126	Somerset	(443) 523-1700
Charles	(301) 609-6869	Talbot	(410) 819-5670
Dorchester	(410) 228-3294	Washington	(240) 313-3330
Frederick	(301) 600-1324	Wicomico	(410) 543-6944
Garrett	(301) 334-7720	Worcester	(410) 629-0164

***Si usted no es padre ni familiar cuidador primario, debe solicitar Medicaid mediante los servicios sociales.**

Cómo hacer su solicitud mediante servicios sociales:

- **Haga su solicitud en línea:** visite www.marylandSAIL.org.
- **Por correo o fax:** Imprima el formulario de solicitud de <http://www.dhr.state.md.us/fia/doc/assist.pdf> y envíelo por correo o fax a su departamento local de servicios sociales.
- **En persona:** Visite su Departamento local de servicios sociales para llenar una solicitud.
- **Llame al: 1-800-332-6347** para obtener más información o para pedir que se le envíe un formulario de solicitud.