

Clínica: _____
Dirección: _____
Teléfono: () _____

Nombre de Cliente: _____ FDN: / /

Para participar en el Programa BCC de Nuevo México, esta forma tiene que ser completada para verificar su edad, estatus de seguro médico e ingreso, y dar su autorización para participar y liberar información al Programa BCC. Su inscripción en el Programa BCC es válida por 12 meses desde de la fecha en que firmó esta forma. La clínica puede contactar al Programa BCC si es necesaria una extensión de 90 días.

1. Edad para Elegibilidad:

- a. Evaluación cáncer de seno: El promedio de personas en riesgo es 40 años y mayores^{1,2,3,4}
- b. Evaluación cáncer de seno: El promedio de personas en riesgo es 25 años y mayores^{1,4}
- c. Evaluación cáncer de cérvix: Personas de 21 años y mayores^{1,5}

¹ Todas las personas deben someterse a una evaluación de riesgos, según sea apropiada, para verificar si están en alto riesgo para cáncer de cérvix y/o cáncer de seno.

² El promedio de personas en riesgo en edades de 30-39 años puede ser elegible para servicios de diagnóstico para el seno con el Programa BCC con autorización previa.

³ Mujeres transgénero: Deben tener 50 años o mayores Y al menos usando hormonas feminizantes por lo menos por cinco a diez (5-10) años.

⁴ Mujeres, y hombres transgéneros que no han sido sometidos a mastectomía bilateral, o quienes no hayan sido sometidos a una reducción de senos.

⁵ Mujeres; intersexuales con un cérvix, y hombres transgéneros con un cérvix.

2. Elegibilidad de Seguro:

- a. **Es elegible si:** Sin seguro médico, con seguro médico, pero solamente si la evaluación y/o servicios diagnósticos no están incluidos en el plan médico ("Seguro insuficiente")
- b. **No Elegible si tiene:** Medicaid NM Completo, Medicaid Parte B u otro seguro médico, incluyendo planes de seguro médico con altos copagos, deducibles y/o co-seguro ("asegurado")

3. Ingreso de Elegibilidad (≤250% del Nivel de 2023 Federal de Pobreza)

Ingreso bruto del hogar dentro de las siguientes guías:

Tamaño del Hogar	Ingreso Anual	Ingreso Mensual	Ingreso Semanal
1	≤ \$36,450	≤ \$3,038	≤ \$701
2	≤ \$49,300	≤ \$4,108	≤ \$949
3	≤ \$62,150	≤ \$5,179	≤ \$1,196
4	≤ \$75,000	≤ \$6,250	≤ \$1,443
5	≤ \$87,850	≤ \$7,321	≤ \$1,690
6	≤ \$100,700	≤ \$8,392	≤ \$1,937
7	≤ \$113,550	≤ \$9,463	≤ \$2,184
8	≤ \$126,400	≤ \$10,533	≤ \$2,431

Añada \$12,850 al ingreso anual por cada miembro adicional de la familia (≤ significa menor o igual que)

El Programa BCC de Nuevo México es un esfuerzo cooperativo de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC), el estado de Nuevo México y socios del cuidado de la salud para motivar la evaluación de cáncer de seno y cérvix. El propósito de la evaluación es detectar cáncer en su etapa más temprana, para que pueda ser tratado o curado. La evaluación de cáncer de seno envuelve una examinación del seno y rayos X del seno llamado mamografía. La evaluación de cáncer de cérvix incluye un raspado del cérvix (abertura del útero) llamado prueba Pap y puede incluir también una prueba de VPH (Virus de Papiloma Humano).

Autorización de Participación y Liberación de Información

Se le ha ofrecido una oportunidad para participar en el Programa BCC de Nuevo México porque usted está atendiendo alguno de los lugares de evaluación del Programa BCC. La participación envuelve lo siguiente:

- Si usted cumple con los criterios de elegibilidad del Programa BCC (edad, ingreso y estatus de seguro), usted podría recibir una visita a una clínica/doctor, prueba Pap con o sin la prueba VPH, y un examen clínico de seno sin costo alguno. Comenzando a los 40 años, usted podría recibir una evaluación de mamografía sin costo alguno. Pregúntele a su proveedor del cuidado de la salud sobre los servicios específicos pagados por el Programa BCC y con cuánta frecuencia usted los recibirá. Los servicios ofrecidos que no sigan el itinerario de servicios del Programa BCC **podrían convertirse en su responsabilidad financiera.**
- Si usted recibe un resultado anormal en la prueba de evaluación, la clínica/doctor trabajará con el Programa BCC para ayudarle a obtener pruebas de diagnóstico adicionales y tratamiento. El Programa BCC puede pagar por servicios de diagnóstico limitados, pero no puede pagar por el tratamiento. Su proveedor del cuidado de la salud en la clínica o su doctor le decir cuáles servicios específicos el Programa BCC puede pagar y aquellos que no están cubiertos. Su clínica/doctor le puede dejar saber cuándo usted necesitará regresar para su próxima prueba Pap y/o mamografía.
- Si usted está participando del Programa BCC para la navegación de servicios clínicos y/o de paciente, haremos su información de salud disponible al Programa BCC. El Programa BCC comparte su información con CDC para mejoramiento de calidad y para evaluar los servicios ofrecidos a usted a través del Programa BCC. La información compartida con CDC no incluye su nombre, dirección u otra información personal identificable.

He leído y entendido la explicación descrita arriba acerca del Programa BCC de Nuevo México. Mi firma verifica mi consentimiento a participar en el Programa BCC, la liberación de información al Programa BCC, recibir comunicación adicional sobre el Programa BCC, y que cumpla con los criterios de elegibilidad arriba mencionados. Entiendo que, dado a los fondos limitados del Programa BCC, puedo incurrir en costos debido a procedimientos adicionales. Entiendo que mi participación en el Programa BCC es voluntaria y que puedo salirme del Programa BCC o retirar mi consentimiento en cualquier momento.

Firma del Participante: _____

Fecha: _____

Fecha de Expiración: _____

Firma del Testigo: _____

Fecha: _____

[Esta forma es válida por 12 meses desde la fecha firmada, y la inscripción se extiende hasta el final del mes de expiración.]

Autorización Verbal (por teléfono): Para obtener una autorización por teléfono, lea la Forma de Elegibilidad y Autorización al participante potencial para asegurar que cumplen con los requisitos de elegibilidad y que están de acuerdo con las condiciones de participación en el Programa BCC. La autorización verbal tiene que ser verificada por dos testigos.

Autorización verbal dada al participante mencionado al principio de la forma : Sí - Fecha de la Autorización Verbal: _____

Nombre en Letra de Molde del Testigo#1: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Nombre en Letra de Molde del Testigo#2: _____ Firma: _____ Fecha: _____