

INSTRUCCIONES PARA LLENAR LA SOLICITUD DEL PACIENTE
(Por favor, llene todas las secciones de esta solicitud)
(Si algunas secciones no aplican a su caso, por favor escriba N/A)

PÁGINA 1: NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: Es el número de identificación que usa el programa con fines administrativos y para pagar sus gastos médicos. Es **importante** que el número sea el correcto para prevenir errores, por lo que si lo tiene, por favor envíe una copia de su tarjeta de seguro social. Si no tiene, por favor escriba **No SS#**. Se le asignará un número de identificación que encontrará en la carta con su nombre que enviará la oficina central.

PÁGINA 1: RESIDENCIA EN MARYLAND - Por favor, envíe una copia de **UNO** de los siguientes documentos en los que se pueda observar el nombre de quién solicita el programa y su dirección actualizada:

➤ ***Si SOLO tiene un apartado postal:*** necesitará la carta de verificación del administrador de correos (*pregunte por ella en la oficina de correos*).

- Licencia de conducir de Maryland
- Tarjeta de identificación del estado de Maryland
- Factura de un servicio público:
 - Factura de gas o electricidad
 - Factura de teléfono (solo teléfonos residenciales)
 - Factura de agua
- Contrato de arrendamiento
- Contrato de hipoteca
- Expedientes escolares
- Registro de vehículo
- Tarjeta de inscripción en el registro electoral
- Factura o recibo de los impuestos sobre bienes inmuebles
- Contrato de servicios residenciales, servicios de reparación
- Declaración del W-2 (con menos de 12 meses de expedición)
- Declaración de impuestos firmada (con menos de 12 meses de expedición)
- Cheque de pago o comprobante de pago con su nombre completo y dirección

PÁGINA 2: CONDICIÓN MÉDICA ELEGIBLE: SE DEBE ADJUNTAR UNA COPIA DE LOS RESULTADOS DE EXÁMENES ACTUALES AL MOMENTO DE LA SOLICITUD. Puede obtener estas copias en la clínica, hospital o con su médico. El programa solo cubre condiciones precancerosas o cancerosas en la cérvix (cuello uterino) o en los senos.

PÁGINA 3: INFORMACIÓN DEL SEGURO: Si posee una cobertura médica **COMPLETA**, **no** es elegible para este programa. Si no ha solicitado la asistencia médica, insistimos en que lo haga. Por favor, vea las instrucciones incluidas en este paquete. Si posee una tarjeta del programa de planificación familiar o una tarjeta válida de beneficiario de Medicare, llene la solicitud y envíe una copia de su(s) tarjeta(s). Este programa puede ofrecer cobertura de beneficios que los programas de atención médica de Maryland no para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de seno o del cáncer cervical. Quien posea primas de Medicare pagas por ser beneficiario de Medicare con bajo ingreso especificado, no debe indicarlo ya que no recibe ningún beneficio de programas de atención médica.

- **Otros tipos de seguros:** Por favor, llene esta sección y envíe una copia de su(s) tarjeta(s). Es importante que marque **todas** las secciones que cubre su seguro. [El seguro de Medigap hace referencia a los seguros que cubren parte del monto total restante luego de que Medicare cubra su parte (AARP, Blue Cross o Blue Shield, etc.)].

PÁGINA 3: ELEGIBILIDAD FINANCIERA - Esta elegibilidad se basa en su **ingreso anual total**. De preferencia, debe adjuntar una copia **llena y firmada** de su última declaración **federal** de impuestos sobre la renta; ya que esta da información de la manera más precisa. De no poseer una copia, envíe uno de los siguientes documentos para cada uno de los ingresos que tenga, tales como: dos comprobantes de pago de un trabajo y documentos de manutención infantil.

- **W-2** - Su jefe puede dárselo.
- **Carta de derecho al seguro social:** La administración del seguro social la envía por correo cada mes de enero. Esta carta describe el monto que recibirá cada mes.
- **Dos comprobantes de pago:** Estos deben corresponder a dos pagos consecutivos o a dos pagos dentro de un mismo mes.
- **Carta notariada:** Esta carta indica que usted **no** trabaja y que **no** tiene ingreso **alguno**. Esta carta es un documento legal; por lo que un notario público debe sellarla y firmarla. Esto significa que, si se descubre que este documento es falso, **usted** deberá pagar cualquier gasto que el Estado haya cubierto.
- **Si recibe ingresos que no están sujetos a impuestos, como manutención infantil o cuidado temporal infantil, DEBE enviar los documentos legales que lo comprueben.**
- **Si está separado de su cónyuge, pero no posee un acuerdo de separación legal, DEBE enviar documentación que indique los ingresos de su cónyuge.**

PÁGINA 3: COMPOSICIÓN DEL HOGAR - Solo mencione a los miembros de la familia que describirse como dependientes en su declaración de impuestos sobre la renta.

PÁGINA 3: INGRESO FAMILIAR - Por favor, mencione **todos** los ingresos que apliquen.

PÁGINA 4: ACUERDO DEL PACIENTE - Por favor, lea detenidamente este acuerdo puesto que la solicitud es un documento legal. Con su firma usted declara que: **(1)** las declaraciones que ha hecho son verdaderas; **(2)** el programa tiene su permiso para verificar la información enviada y **(3)** el programa tiene su permiso para divulgar su información médica, financiera y de seguros.

Solicitud del paciente

PROGRAMA PARA EL TRATAMIENTO Y DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER CERVICAL Y DE SENO

Departamento de Salud de Maryland
Administración para la Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades

Condición de la solicitud: Solicitud nueva Renovación de la solicitud

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

SS# _____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Género: Masculino Femenino
DD MM AAAA

Nombre: _____
Apellido Primer nombre Segundo nombre

Origen étnico: ¿Es usted hispano(a) o latino(a)?

Sí
 No

Estado civil: Soltero(a)/Nunca se ha casado Casado(a) Viudo(a)
(Seleccione uno) Separado (a) (debe proporcionar una copia del acuerdo de separación legal)
 Divorciado (a) (debe proporcionar una copia de la sentencia de divorcio)

Raza: Si es multirracial, seleccione todas las razas que apliquen:

- Blanco
- Asiático
- Nativo americano o nativo de Alaska
- Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico
- Negro o afroamericano

¿El paciente tiene empleo? Sí No

De seleccionar "Sí", indique desde cuándo _____

De seleccionar "Sí", indique el lugar de trabajo: _____

Teléfono: _____

¿El cónyuge tiene empleo? Sí No

De seleccionar "Sí", indique desde cuándo _____

De seleccionar "Sí", indique el lugar de trabajo: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

Número, calle o apartado postal

Ciudad/Poblado

Estado

Código postal

Condado de residencia

¿Es usted residente de Maryland? Sí No

Teléfono de domicilio: _____ Teléfono Celular: _____

Teléfono de oficina: _____ Ext.: _____

Número de fax: _____ Correo electrónico: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Teléfono: _____
Apellido Primer nombre

Relación con el paciente: Cónyuge Padre Hijo(a) Otro (especifique): _____

INFORMACIÓN DE REMISIÓN

Origen: (¿Quién le dio la solicitud?)

- Médico
- Hospital
- Usted mismo
- Amigo
- Otro (especifique): _____

SOLO PARA USO DEL DEPARTAMENTO DE SALUD:

- BCC Screening Program
- STD
- Colposcopy
- Family Planning

Persona de contacto: (¿Quién lo refirió a este programa?)

Nombre: _____ Teléfono: _____
Primer nombre Apellido

LA INFORMACIÓN PRESENTADA EN ESTA SOLICITUD ES CONFIDENCIAL

Nombre del paciente: _____
 Fecha de nacimiento: _____

Estado de Maryland
Solicitud del paciente para el Programa de Tratamiento y Diagnóstico del Cáncer Cervical y de Seno
 (Página 2 de 4)

ELEGIBILIDAD MÉDICA: DEBE adjuntar una copia de los resultados de exámenes actualizados (informes patológicos, de citología o mamografía) para documentar la elegibilidad al programa.

Condición médica elegible: (Seleccione todos los campos que apliquen)	SOLO PARA USO OFICIAL DOCUMENTACIÓN	
	Sí	No
<input type="checkbox"/> Mamografía anormal u otras imágenes de los senos que requieran de mayor diagnóstico.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Examen clínico anormal de los senos que requiera de un mayor diagnóstico.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Biopsia de seno positiva que indique que se necesita tratamiento.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cáncer de seno previo (año de diagnóstico: ___-___).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hiperplasia ductal atípica.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Neoplasia lobulillar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tumor filoide.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Citología vaginal anormal que requiera de un mayor diagnóstico.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Biopsia cervical positiva que indique que se necesita tratamiento.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cáncer cervical previo (año de diagnóstico: ___-___).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INFORMACIÓN DEL SEGURO

El programa de diagnóstico y tratamiento solo cubre los servicios elegibles cuando otros seguros aplicables han cubierto su parte de los gastos. Para procesar su solicitud con mayor eficiencia, por favor llene la siguiente información.

¿Es beneficiario de asistencia médica o de Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No • Si es beneficiario, indique el número de Medicaid o de asistencia médica: _____ Fecha de entrada en vigencia: _____ Fecha de vencimiento: _____ DD/MM/AAAA DD/MM/AAAA • Si no es beneficiario, ¿ha solicitado asistencia médica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si marca "Sí", indique la fecha en que la solicitó) _____ DD/MM/AAAA	SOLO PARA USO OFICIAL VERIFICACIÓN <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____ Iniciales
---	---

Si no se ha solicitado asistencia médica, insistimos en que la solicite. Por favor, revise las instrucciones incluidas en este paquete.

¿Posee otro seguro médico? Sí No Si posee otros seguros médicos, DEBE adjuntar copia de todas sus tarjetas de seguros (Por favor, llene la siguiente información de seguros).

NOMBRE DEL SEGURO (Seleccione todos los campos que apliquen)	ASEGURADO (Usted, cónyuge o padres)	Nº DE IDENTIFICACIÓN Nº DE GRUPO	FECHA DE ENTRADA EN 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		Nº de identificación : Nº de grupo:	DD/MM/AAAA	DD/MM/AAAA
<input type="checkbox"/> Medicare Parte D (cobertura de prescripciones)		Nº de identificación : Nº de grupo:	DD/MM/AAAA	DD/MM/AAAA
<input type="checkbox"/> Medigap o Medicare suplementarios Nombre de la compañía de seguros:		Nº de identificación : Nº de grupo:	DD/MM/AAAA	DD/MM/AAAA
<input type="checkbox"/> Seguro privado (1) Nombre de la compañía de seguros:		Nº de identificación : Nº de grupo:	DD/MM/AAAA	DD/MM/AAAA
<input type="checkbox"/> Seguro privado (2) Nombre de la compañía de seguros:		Nº de identificación : Nº de grupo:	DD/MM/AAAA	DD/MM/AAAA
<input type="checkbox"/> Dependiente militar		Nº de identificación : Nº de grupo:	DD/MM/AAAA	DD/MM/AAAA

¿Qué cubre su seguro?

(Seleccione los campos que apliquen)

Servicios hospitalarios:	<input type="checkbox"/> Atención hospitalaria	<input type="checkbox"/> Atención ambulatoria
Otros servicios:	<input type="checkbox"/> Servicios médicos	<input type="checkbox"/> Prescripciones

Nombre del paciente: _____
 Fecha de nacimiento: _____

Estado de Maryland
Solicitud del paciente para el Programa de Tratamiento y Diagnóstico del Cáncer Cervical y de Seno
 (Página 3 de 4)

ELEGIBILIDAD FINANCIERA

Para determinar su elegibilidad financiera para este programa, es necesario reunir información relacionada con la composición del hogar y el ingreso familiar. **DEBE ADJUNTAR EVIDENCIA DE SUS INGRESOS** (De preferencia, su última declaración de impuestos sobre la renta. Sin embargo, los formularios W-2, la carta de derecho al seguro social, al menos 2 comprobantes de pago o una carta notariada que indique que “no tiene ingresos ni trabajo”, pueden ser adjuntados en lugar de la declaración de impuestos sobre la renta). Por favor, notifique al programa sobre cualquier cambio en la composición del hogar o en la información relacionada con los ingresos.

COMPOSICIÓN FAMILIAR (Por favor, indique los nombres y edades de todos los miembros de la familia descritos como dependientes en su declaración de impuestos sobre la renta, al igual que su relación con el paciente (cónyuge, padre, hijo).

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

Si hay más de cinco dependientes viviendo en su hogar, adjunte una lista de los dependientes descritos en su declaración de impuestos sobre la renta en la que indique sus nombres, edad y relación con el paciente.

Número total de personas en el hogar (incluyendo al paciente):

INFORMACIÓN SOBRE EL INGRESO FAMILIAR

	INGRESO (Por favor indique si es semanal, mensual o anual)			SOLO PARA USO OFICIAL DOCUMENTACIÓN	
Ingreso del paciente (Incluye el 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"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A Inicial: _____
Ingreso del cónyuge (Incluye el 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"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A Inicial: _____
Ingreso de los padres (En caso de que el paciente sea descrito como un niño dependiente en la declaración de impuestos sobre la renta de los padres)	\$.	<input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año	Total anual \$.		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A Inicial: _____
Manutención infantil	\$.	<input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año	Total anual \$.		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A Inicial: _____
Suplemento para el cuidado temporal infantil (Si el niño está incluido en la composición del hogar)	\$.	<input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año	Total anual \$.		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A Inicial: _____
Seguro de desempleo <input type="checkbox"/> paciente <input type="checkbox"/> cónyuge <input type="checkbox"/> padre	\$.	<input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año	Total anual \$.	Fecha de inicio: Fecha término:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A Inicial: _____
Compensación al trabajador: <input type="checkbox"/> paciente <input type="checkbox"/> cónyuge <input type="checkbox"/> padre	\$.	<input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año	Total anual \$.	Fecha de inicio: Fecha término:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A Inicial: _____
Seguro por discapacidad del seguro social <input type="checkbox"/> niño dependiente <input type="checkbox"/> paciente <input type="checkbox"/> cónyuge <input type="checkbox"/> padre	\$.	<input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año	Total anual \$.		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A Inicial: _____
Pensión alimenticia <input type="checkbox"/> paciente <input type="checkbox"/> cónyuge <input type="checkbox"/> padre	\$.	<input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año	Total anual \$.		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A Inicial: _____
INGRESO FAMILIAR TOTAL ANUAL			\$.		



Larry Hogan, Governor · Boyd K. Rutherford, Lt. Governor · Robert R. Neall, Secretary

Declaración del paciente

Yo, _____, declaro que:

Por el momento, estoy desempleado y no recibo beneficios por desempleo, ayudas ni ingresos de ningún tipo. Vivo con mi(s) _____ (padres, amigo pariente, etc.) y solo recibo alojamiento y comida.

Recibo asistencia pública. Seleccione todos los campos que apliquen:

Cupones de alimentos

Asistencia en efectivo

Subsidio de vivienda

(FIRMA)

(FECHA)

Notario público: _____

Fecha: _____

Nombramiento válido hasta: _____

Nombre del paciente: _____
Fecha de nacimiento: _____

Estado de Maryland
Solicitud del paciente para el Programa de Tratamiento y Diagnóstico del Cáncer Cervical y de Seno
(Página 4 de 4)

ACUERDO DEL PACIENTE

(Por favor, léalo detenidamente antes de firmarlo)

Certifico que toda la información en este formulario es verdadera, correcta y completa. Entiendo que cualquier declaración falsa podría ser sancionada bajo la ley federal o estatal y traería como consecuencia el rechazo de mi elegibilidad para el programa.

Autorizo al Departamento de Salud de Maryland y al Centro de Prevención y Control del Cáncer a que verifique la información que he dado en este formulario. Enviaré evidencia de cualquier información dada en este formulario si el programa lo requiere.

Acepto que se divulgue la información médica, financiera y de seguros relacionada con el diagnóstico o tratamiento pertinentes para mi cuidado a: el médico, la enfermera especializada, la enfermera anestesista, el hospital, la agencia de atención médica domiciliaria, el fisioterapeuta, la farmacia, la compañía de suministros médicos que haya elegido, el departamento local de salud encargado de remitirme al Programa de Tratamiento y Diagnóstico del Cáncer Cervical y de Seno y al Departamento de Salud de Maryland que administra dicho el Programa de Tratamiento y Diagnóstico del Cáncer Cervical y de Seno.

Firma de quien solicita el programa

Nombre de la persona de contacto
(Por favor, escriba a máquina o en letra de molde)

Nombre de quien solicita el programa
(Por favor, escriba a máquina o en letra de molde)

Dirección de la persona de contacto
(Por favor, escriba a máquina o en letra de molde)

Fecha de la solicitud

Teléfono de oficina de la persona de contacto

ENVÍE SU SOLICITUD COMPLETADA A LA SIGUIENTE DIRECCIÓN:

**Center for Cancer Prevention and Control
Maryland Department of Health
Prevention and Health Promotion Administration
P.O, Box 13528
Baltimore, Maryland 21203-2399**

Si tiene preguntas, por favor llame al 410-767-6787

**ESTADO DE MARYLAND
PROGRAMA PARA EL TRATAMIENTO Y DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER CERVICAL Y DE
SENO**

HOJA INFORMATIVA

Este programa SOLO cubre los gastos médicos relacionados con el cáncer cervical y de seno.

¿QUIÉN ES ELEGIBLE?

Para ser elegible, usted debe:

- Ser residente de Maryland (si se muda de Maryland, ya no será elegible) y presentar un certificado de residencia.
- Cumplir con los requisitos sobre el ingreso establecidos por el programa.
- Cumplir con los requisitos médicos.

Nota: Quienes estén cubiertos por asistencia médica no son elegibles para este programa.

¿CUÁLES SON SUS RESPONSABILIDADES?

Usted debe:

- Llenar y firmar la solicitud del programa, enviar una prueba de residencia de Maryland y un certificado de ingresos (si no posee un ingreso, debe enviar una carta notariada que lo certifique).
- Presentar la carta de "identificación" del programa cada vez que vea al proveedor del programa. **POR FAVOR, GUARDE LA CARTA ORIGINAL.**
- Verse solo con proveedores del programa. Puede determinar qué programas están disponibles llamando a su oficina local o a la oficina central en Baltimore. Usted cubrirá los gastos de proveedores ajenos al programa si estos elijen no participar en el programa.
- Informar al programa si:
 - Cambia su ingreso.
 - Cambia de seguro médico.
 - Cambia de dirección en Maryland o de número de teléfono.
 - Se muda a otro estado.
 - Tiene preguntas relacionadas con el programa.
- Renovar su solicitud del programa cada año si se le encuentra un cáncer cervical o de seno o si sigue padeciendo una anomalía cervical o en el seno que requiera más tratamiento.
- Es posible que deba llenar una solicitud para la asistencia médica de Maryland si el programa considera que es potencialmente elegible.

¿QUÉ SERVICIOS MÉDICOS SE CUBREN?

El programa solo cubre servicios relacionados directamente con el diagnóstico y tratamiento del cáncer cervical o de seno. Estos incluyen:

- Exámenes para detectar el cáncer de seno (procedimientos de diagnóstico como ultrasonidos, biopsia del seno, etc.).
- Procedimientos relacionados con el tratamiento del cáncer de seno (lumpectomía, mastectomía, radioterapia o ser parte de un estudio de investigación).
- Exámenes para detectar el cáncer cervical (procedimientos de diagnóstico, como la colposcopia o la biopsia cervical).
- Procedimientos relacionados con el tratamiento del cáncer cervical (crioterapia, láser, histerectomía, etc.).
- Medicamentos relacionados con el tratamiento del cáncer cervical o de seno.
- Terapia ocupacional y fisioterapia para el cáncer cervical o de seno.
- Pelucas.
- Equipos médicos (una prótesis externa cada 3 años, dos sostenes de mastectomía al año, camas de hospital, etc.).
- Reconstrucción de seno (NO se cubrirán la reconstrucción o tatuajes del pezón).
- Otros gastos relacionados con el diagnóstico y tratamiento (exámenes de laboratorio, radiografías o atención hospitalaria).

¿QUÉ SERVICIOS NO CUBRE EL PROGRAMA?

- Citología vaginal.
- Accesorios para cubrir la cabeza que no sean pelucas.
- Procedimientos experimentales.
- Asistencias de atención médica en el hogar (sí se cubren los gastos de enfermeras de asistencia médica en el hogar y fisioterapeutas).
- Transporte que incluya servicios de ambulancia.
- Medicamentos relacionados con otras condiciones que no sean el tratamiento del cáncer cervical o de seno (insulina, medicamentos para el corazón, etc.). Si el tratamiento para el cáncer cervical o de seno produce la necesidad de tratamiento para otras condiciones, el programa puede cubrir los gastos para esos medicamentos.
- Reconstrucción o tatuaje del pezón.
- Prueba genética.
- Mastectomía profiláctica (extirpación de un seno sin cáncer).

¿CÓMO FUNCIONAN LOS PAGOS CON ESTE PROGRAMA?

- El programa solo puede pagar a proveedores que hayan firmado un acuerdo escrito para participar en este programa. Estos proveedores pueden ser médicos, hospitales, farmacias, agencias de atención médica domiciliaria, laboratorios, centros quirúrgicos ambulatorios independientes, compañías de suministros médicos, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales.
- El programa paga directamente a los proveedores. (No se le hará ningún pago al paciente).
- Si no posee seguro, el programa paga al proveedor por los procedimientos relacionados con el tratamiento y diagnóstico del cáncer cervical o de seno que usted haya recibido.
- Si posee Medicare o un seguro privado, su proveedor enviará su factura primero a su seguro.
- Si posee Medicare o un seguro privado, el programa cubrirá los siguientes gastos:
 - El monto del coaseguro del paciente y cualquier otro copago.
 - Su deducible anual en caso de que aún no se haya pagado.
 - Servicios relacionados con el cáncer cervical y de seno que Medicare o su seguro privado no cubran.

RECUERDE:

- Si tiene preguntas o recibe una factura, llame a su oficina local. Si no tiene un contacto local, llame a la oficina central al (410) 767-6787 y solicite una enfermera para el diagnóstico y tratamiento.
- El programa SOLO cubre servicios relacionados con el cáncer cervical o de seno.
- Debe verse con proveedores que trabajen con el programa.
- DEBE mostrar su carta de “identificación” con sello dorado cada vez que se vea con un proveedor del programa. Asegúrese de que el proveedor se percate de la sección “Enviar factura a:” de la carta de identificación.

Entendemos que esta es una situación difícil para usted. Si califica para el programa, podemos ayudarlo al aligerarle parte de la carga monetaria de la atención médica.

DEPARTAMENTO DE SALUD 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 de Maryland (MDH) esta comprometido a proteger su información de salud. Para que podamos proporcionarle tratamiento o para pagar por su cuidado médico, MDH 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. MDH debe seguir las prácticas de privacidad en esta Nota, aunque MDH 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 MDH. Esta Nota tambien esta disponible en nuestro sitio de internet en

<http://health.maryland.gov/> .

Cómo MDH Puede Usar y Revelar su Información de Salud Protegida

Los empleados de MDH sólomente usaran su información de salud como parte de su trabajo. MDH 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: MDH 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 MDH 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: MDH 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: MDH 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: MDH puede revelar información de salud cuando sea requerido por la ley.

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

Actividades publicas de Salud: MDH 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: MDH puede revelar su información de salud a otras divisiones en el Departamento o a otras agencias que proporcionan supervisión 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: MDH 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, MDH 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, MDH puede revelar información de salud según sea necesario a la ley o a otras personas que puedan prevenir o disminuir razonablemente la amenaza de daño.

Abuso y Descuido: MDH 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. MDH 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 especificas del gobierno: En algunas situaciones MDH 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: MDH puede compartir su información de salud con gente si ellos estan implicados en su cuidado o en el pago de su cuidado. MDH 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: MDH 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 esta 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 esta implicado en un caso legal, en una disputa, o en una demanda, MDH 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: MDH 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 MDH restrinja la información de salud que nosotros usamos o revelamos acerca de usted. MDH honorará su pedido si es posible, pero no es requerido legalmente que estemos de acuerdo a su pedido de restricción. Si MDH concuerda a una restricción, nosotros lo seguiremos excepto en situaciones de emergencia.

Pedir comunicaciones confidenciales. Usted tiene el derecho de pedir que MDH 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 de 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 MDH en forma escrita, que correcciones o que le añadan a su registro de la salud. MDH 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 MDH 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. MDH 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 esta 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 numero del Negocio Designado): Gwendolyn Patterson-Askew, (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 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 de Maryland para obtener la información del contacto.

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

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



Larry Hogan, Governor · Boyd K. Rutherford, Lt. Governor · Robert R. Neall, Secretary

NOTICE TO THE PUBLIC

NON-DISCRIMINATION STATEMENT AND ACCESSIBILITY REQUIREMENTS

The Department of Health (the Department) complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people, or treat them differently on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.

The Department, upon request:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with Department staff, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, please contact the Breast and Cervical Cancer Diagnosis and Treatment Program directly.

If you believe that the Department has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with: Delinda Johnson, Equal Access Compliance Unit, Office of Equal Opportunity Programs, Maryland Department of Health, 201 West Preston Street, Room 514, Baltimore, Maryland 21201, 410-767-6600 (voice), 1-800-735-2258 (TTY), (410) 333-5337 (Fax), delinda.johnson@maryland.gov (email).

You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, Delinda Johnson is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, [1-800-868-1019](tel:1-800-868-1019), [800-537-7697](tel:800-537-7697) (TDD).

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Interpreter Services Are Available for Free

Help is available in your language: 410-767-6787 (TTY:1-800-735 -2258).

These services are available for free.

Español/Spanish

Hay ayuda disponible en su idioma: 410-767-6787 (TTY: 1-800-735 -2258). Estos servicios están disponibles gratis.

አማርኛ/Amharic

እገዛ በ ቋንቋዎ ማግኘት ይችላሉ:-: 410-767-6787 (TTY: 1-800-735-2258) ::

እነዚህ አገልግሎቶች ያለክፍያ የሚገኙ ነጻ ናቸው

العربية /Arabic

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 6787-767-410 (رقم هاتف

الصم والبكم: (1-800-735-2258)

中文/Chinese

用您的语言为您提供帮助：410-767-6787 (TTY: 1-800-735-2258)。 这些服务都是免费的

فارسی /Farsi

خط تلفن کمک به زبانی که شما صحبت می کنید : 1-800-735-2258 (خط تماس افراد ناشنوا 410-767-6787)

این خدمات به صورت رایگان در دسترس هستند

Français/French

Vous pouvez disposer d'une assistance dans votre langue : 410-767-6787 (TTY: 1-800-735-2258). Ces services sont disponibles pour gratuitement.

ગુજરાતી/Gujarati

તમારી ભાષામાં મદદ ઉપલબ્ધ છે: 410-767-6787 (ટીટીવાય: (TTY: 1-800-735-2258). સેવાઓ મફત ઉપલબ્ધ છે

kreyòl ayisyen/Haitian Creole

Gen èd ki disponib nan lang ou: 410-767-6787 (TTY: 1-800-735-2258). Sèvis sa yo disponib gratis.

Igbo

Enyemaka di na asusu gi: 410-767-6787 (TTY: 1-800-735-2258). Ọrụ ndị a dị na enweghi ugwo i ga akwu maka ya.

한국어/Korean

사용하시는 언어로 지원해드립니다: 410-767-6787 (TTY: 1-800-735-2258). 무료로 제공 됩니다

Português/Portuguese

A ajuda está disponível em seu idioma: 410-767-6787 (TTY: 1-800-735-2258). Estes serviços são oferecidos de graça.

Русский/Russian

Помощь доступна на вашем языке: 410-767-6787 (TTY: 1-800-735-2258). Эти услуги предоставляются бесплатно.

Tagalog

Makakakuha kayo ng tulong sa iyong wika: 410-767-6787 (TTY: 1-800-735-2258). Ang mga serbisyong ito ay libre.

اردو/Urdu).

خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال
410-767-6787 (TTY: 1-800-735-2258) کر

Tiếng Việt/Vietnamese

Hỗ trợ là có sẵn trong ngôn ngữ của quý vị: 410-767-6787 (TTY: 1-800-735-2258). Những dịch vụ này có sẵn miễn phí.

Yorùbá/Yoruba

Ìrànlọ́wọ̀ wà ní àrọ̀wọ̀tọ̀ ní èdè rẹ: 410-767-6787 (TTY: 1-800-735-2258). Awon ise yi wa fun o free.

Información importante sobre la asistencia médica

Normas de Ingresos de Medicaid de Maryland

Tabla de elegibilidad de ingresos anuales (Aproximado)

Número de personas en la familia	Adultos	Ninos (MCHP)	Ninos MCHP (Prima*)		Mujer embarazada
1	\$15,363	\$26,354	\$32,974	\$40,218	N/A
2	\$20,800	\$35,681	\$43,643	\$54,451	\$44,643
3	\$26,236	\$45,007	\$56,312	\$68,683	\$56,312
4	\$31,673	\$54,333	\$67,980	\$82,915	\$67,980
5	\$37,110	\$63,659	\$79,649	\$97,148	\$79,649
6	\$42,546	\$72,955	\$91,318	\$111,380	\$91,318
Cada persona agrega	\$5,437	\$9,327	\$11,669	\$14,233	\$11,669
Usted paga	\$0	\$0	\$56	\$70	\$0

Efectivo el 1 de marzo , 2019

*Costo de la prima es por familia/hogar cada mes.

¿Cómo solicitarlo?

- **Contacte a su departamento local de salud para obtener mayor información sobre la solicitud de Medicaid.**

Local Health Department Contact Numbers

Allegany	(301) 759-5076	Harford	(443) 643-0343
Anne Arundel	(410) 222-4792	Howard	(410) 313-5845
Baltimore City	(410) 649-0521	Kent	(410) 778-7035
Baltimore County	(410) 887-2957	Montgomery	(240) 777-3120
Calvert	(410) 535-5400	Prince George's	(888) 561-4049
Caroline	(410) 479-8004	Queen Anne's	(410) 758-0720
Carroll	(410) 876-4916	St. Mary's	(301) 475-4951
Cecil	(410) 996-5126	Somerset	(443) 523-1700
Charles	(301) 609-6869	Talbot	(410) 819-5600
Dorchester	(410) 228-3294	Washington	(240) 313-3330
Frederick	(301) 600-3124	Wicomico	(410) 543-6944
Garrett	(301) 334-7720	Worcester	(410) 629-0164

- **Haga su solicitud en línea** en el sitio web: www.marylandhealthconnection.gov .
- **Haga su solicitud personalmente** en su departamento local de servicios sociales.
- **Llame a la conexión de salud de Maryland** al 1-855-642-8572 (TTY 1-855-642-8573).