

### Cada Mujer Vale Formulario DE ELEGIBILIDAD DE LA RECIPIENTE

Número del historial clínico	Identificación de la recipiente
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"><span style="font-weight: bold;">9</span> <span style="font-weight: bold;">A</span></div>

**Esta sección debe ser completada por la recipiente**

1. Apellido	2. Nombre	3. Inicial del segundo nombre
-------------	-----------	-------------------------------

4. Fecha de nacimiento (MM) (DD) (AAAA)	5. Apellido de Soltera de la Madre
---	------------------------------------

6. Dirección :

7. Ciudad	8. Estado	9. Código postal
-----------	-----------	------------------

10. Teléfono :

11. ¿Es usted hispana ó latina?  
 Sí     No     Etnia desconocida

12. Seleccione todo lo que le sea aplicable: →

- Indo Americana ó nativa de Alaska
- Asiática → 13. (Seleccione uno si es asiática) →
  - Indo Asiática
  - Camboyana
  - China
  - Filipinas
  - Japonesa
  - Coreana
  - Laosiana
  - Vietnamita
  - De otra parte de Asia
- Negra ó Afro Americana
- De las Islas del Pacífico
- Blanca
- Etnia desconocida
- 14. (Seleccione uno si es de las Islas del Pacífico): →
  - Guam
  - Hawaii
  - Samoa
  - Otra Isla del Pacífico

15. Ingresos totales del hogar (antes de impuestos)	
16. Numero total de persona que se sustentan con este ingreso	

17. Seguro de salud:

17a. ¿Tiene usted seguro de salud?	17b. Si la respuesta es sí, ¿de qué tipo?	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Medicare Parte B <input type="checkbox"/> Family PACT <input type="checkbox"/> Seguro privado	<input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> Otro _____

18. Consumo de tabaco:

\*\*18a. ¿Usted fuma tabaco ahora?     Sí     No

\*\*18b. ¿Consumes otros productos de tabaco ahora?     Sí     No

**Yo certifico que la información anterior es correcta y completa:**

Firma de la Recipiente	Fecha de firma
------------------------	----------------

**SOLO PARA USO DEL PROVEEDOR Eligibility Checklist**

Supporting documentation on file establishes that recipient:

19.  Meets EWC program age, income and insurance criteria.  
 [ ≥ 40 years of age for Breast Services or ≥ 21 years of age for Cervical Services ]  
 [ ≤ 200% Federal Poverty Level; Payor of Last Resort: Unmet Share Of Cost, Unmet deductible, Exhausted Family PACT, No Medicare Part B ]
20.  Signed EWC consent form
21.  Referral to Breast and Cervical Cancer Treatment Program—See page 2 for additional referral requirements

**I have determined that this woman is eligible for EWC services.\***

**For recipients who answered Yes to \*\* Item 18a or 18b above, I have notified clinician to assess smoking status and refer to tobacco cessation resources.**

Primary Care Provider Staff Certifying Signature	Date Certified
--	----------------

**Cada Mujer Vale**  
**Formulario DE ELEGIBILIDAD DE LA RECIPIENTE (continuación)**

BCCTP Enrollment Date:

The purpose of this enrollment is to only refer the recipient to BCCTP Breast Cancer Treatment:

Breast Final Diagnosis Date:

Breast Final Diagnosis (check one):

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Atypical Ductal Hyperplasia (ADH)<br><input type="checkbox"/> Lobular Neoplasia<br><input type="checkbox"/> Lobular Carcinoma in Situ (LCIS)<br><input type="checkbox"/> Atypical Lobular Hyperplasia (ALH) Ductal<br><input type="checkbox"/> Carcinoma In Situ, Comedo Type Ductal<br><input type="checkbox"/> Carcinoma In Situ, Non-Comedo Type<br><input type="checkbox"/> Infiltrating Ductal Carcinoma<br><input type="checkbox"/> Infiltrating Lobular Carcinoma<br><input type="checkbox"/> Medullary Carcinoma<br><input type="checkbox"/> Mucinous or Colloid Carcinoma | <input type="checkbox"/> Papillary Carcinoma<br><input type="checkbox"/> Tubular Carcinoma<br><input type="checkbox"/> Paget's Carcinoma of the Breast<br><input type="checkbox"/> Malignant Phyllodes Tumor<br><input type="checkbox"/> Metastatic Cancer with Breast Primary<br><input type="checkbox"/> Carcinosarcoma<br><input type="checkbox"/> Primary Non-Hodgkins Lymphoma<br><input type="checkbox"/> Inflammatory Breast Carcinoma<br><input type="checkbox"/> Adenoid Cystic Carcinoma<br><input type="checkbox"/> Breast Malignancy NOS |
|---|--|

The purpose of this enrollment is to only refer the recipient to BCCTP Cervical Cancer Treatment:

Cervical Final Diagnosis Date:

Cervical Final Diagnosis (check one):

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> High Grade Squamous Cell Intraepithelial Lesion (HSIL)<br><input type="checkbox"/> Adenoid Cystic Carcinoma<br><input type="checkbox"/> Cervical Intraepithelial Neoplasia II (CIN II)<br><input type="checkbox"/> Cervical Intraepithelial Neoplasia III (CIN III)<br><input type="checkbox"/> Atypical Glandular Cells of Undetermined Significance (AGUS)<br><input type="checkbox"/> Adenocarcinoma In Situ (ACIS)<br><input type="checkbox"/> Adenocarcinoma<br><input type="checkbox"/> Squamous Cell Carcinoma<br><input type="checkbox"/> Adenoma Malignum<br><input type="checkbox"/> Adenosquamous Carcinoma<br><input type="checkbox"/> Glassy Cell Carcinoma | <input type="checkbox"/> Carcinoid Carcinoma<br><input type="checkbox"/> Small Cell Carcinoma or Neuroendocrine Carcinoma<br><input type="checkbox"/> Metastatic Cancer with Cervical or Endocervical Primary<br><input type="checkbox"/> Cervical Sarcoma<br><input type="checkbox"/> Cervical Melanoma<br><input type="checkbox"/> Mesonephric Carcinoma<br><input type="checkbox"/> Moderate Dysplasia<br><input type="checkbox"/> Severe Dysplasia<br><input type="checkbox"/> Carcinoma In Situ<br><input type="checkbox"/> Malignant Mixed Mullerian Tumor<br><input type="checkbox"/> Cervical Malignancy NOS |
|---|--|

**SOLO PARA USO DEL PROVEEDOR Eligibility Checklist**

Supporting documentation on file establishes that recipient:

22.  Meets EWC program age, income and insurance criteria.  
[ ≥ 40 years of age for Breast Services or ≥ 21 years of age for Cervical Services]  
 [ ≤ 200% Federal Poverty Level; Payor of Last Resort: Unmet Share Of Cost, Unmet deductible, Exhausted Family PACT, No Medicare Part B]
23.  Signed EWC consent form

**I have determined that this woman is eligible for BCCTP enrollment.\***

\_\_\_\_\_  
 Primary Care Provider Staff Certifying Signature

\_\_\_\_\_  
 Date Certified

*\*Eligibility determination policies and information are located in the Can Detect Portion of the Medi-Cal Manual.*

***Cada Mujer Vale***  
**Formulario DE ELEGIBILIDAD DE LA RECIPIENTE (continuación)**

**DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD**

La información solicitada en este formulario es exigida por el Departamento de Servicios de Atención de Salud (DHCS), *Cada Mujer Vale (Every Woman Counts)* para fines de identificación de clientes y recolección de datos. Esta información puede ser transferida a agencias federales, estatales y locales con el fin de verificar la elegibilidad y otros fines relacionados con la administración del EWC. Completar la información solicitada en este formulario es obligatorio. No proporcionar la información solicitada puede causar la negación de la elegibilidad.

La Ley de Prácticas de Información de 1977 y la Ley de Privacidad Federal exigen que DHCS proporcione la siguiente información: se debe proteger la privacidad y confidencialidad de toda información personal, confidencial y sensible, en cualquier medio (oral, papel o electrónico). DHCS considera privada toda información acerca de personas a menos que se determine que dicha información es un registro público. La política de DHCS y EWC es *proteger la privacidad y evitar la pérdida de información a través del mal uso accidental, sabotaje, actividad criminal o desastre natural.*

Las leyes que autorizan solicitar y mantener esta información son: Sección del Código Gubernamental 6250-6265, Sección del Código Gubernamental 11019.9, Sección del Código de Salud y Seguridad 131085. Toda la información será protegida según se describe en la Notificación de Prácticas de Privacidad de la Sección de la Detección de Cáncer del Departamento (CDS). Usted tiene derecho de inspeccionar u obtener una copia de los registros guardados por CDS concernientes a su atención médica según se describe en la Notificación de Prácticas de Privacidad de CDS. Comuníquese con el Departamento de Servicios de Atención de Salud, *Cada Mujer Vale (Every Woman Counts)* 1616 Capitol Avenue, Suite 74-421 P.O. Box 997377, Sacramento, CA 95899-7377, o llame al (916) 449-5300.