



Women's Wellness Programs

21-29

Overview:

The Women's Wellness Program is a program that provides specialized services for women through the breast, cervical and cardiovascular disease screening process. These programs are provided by the Colorado Department of Public Health and Environment. One of the programs offered is a program for cervical care for women age **21-29**.

Women are eligible if they*:

- Are between 21 and 29 years of age
- Have family income at or below 250% of the Federal Poverty Level
- Are lawfully present in the United States

Services that can be provided*:

- Cervical services

Enrollment: Women may enroll in the program by completing the program paperwork and scheduling an exam. Please ask an Enrollment Specialist or Customer Service Associate for assistance.

****Enrollment in programs or services provided are not guaranteed. Please fill out a packet and someone will be in contact with you regarding the program you are enrolled in.**



CLIENT PROFILE TOOL

(Internal use)

AGENCY #	CHART #	eCaST ID
ENROLLMENT/RE-ENROLLMENT DATE	☐ I HAVE VERIFIED THIS PATIENT'S LAWFUL PRESENCE DOCUMENT IS CURRENT.	

TOBACCO SCREENING

- ☐ Screened Positive., agency faxed referral ☐ Screened Negative
☐ Screened Positive., client declined referral ☐ Client was not screened

UNINSURED CLIENT: REFERRED FOR INSURANCE (mark all that apply)

- ☐ Medicaid ☐ Other: _____
☐ Connect for Health Colorado ☐ Client not referred

PATIENT INSTRUCTIONS: Please fill in each part below. *Information is required for enrollment into the Women's Wellness Connection program.

IDENTIFICATION

LAST NAME*	FIRST NAME*	MIDDLE NAME*	MAIDEN NAME*
LAST 4 NUMBERS OF YOUR SOCIAL SECURITY NUMBER*		DATE OF BIRTH*	AGE*

WHAT ETHNICITY ARE YOU? CHOOSE ONE BELOW.*

- ☐ I am Latina and/or Hispanic. ☐ I am not Latina or Hispanic. ☐ I am not sure if I am Latina or Hispanic.

WHAT RACE(S) ARE YOU? CHECK ALL THAT ARE TRUE.*

- ☐ Black/African American ☐ Asian ☐ Pacific Islander
☐ White ☐ Alaska Native ☐ I am not sure
☐ American Indian (Tribe: _____) ☐ Aleutian Islander ☐ Other: _____
☐ Native Hawaiian

ENROLLMENT

DO YOU HAVE PRIVATE INSURANCE OR MEDICAID?*	DO YOU HAVE MEDICARE?*
☐ Yes, I have Medicaid. ☐ Yes, I have private insurance. Check below if any are true. ☐ But I have a high deductible. ☐ But does not cover cancer ☐ No, I do not have private insurance or Medicaid.	☐ Yes, I have part A only. ☐ Yes, I have parts A and B. ☐ No, I do not have Medicare.
To the best of my knowledge, the GROSS MONTHLY (before taxes) income for my household is: *	
Number of people living on this income including myself (this may include people not living in you house): *	

CONTACT

HOW DID YOU HEAR ABOUT THE WOMEN'S WELLNESS CONNECTION FREE BREAST AND CERVICAL SCREENING EXAMS?			
☐ Brochure / Poster ☐ Clinic Staff / Physician ☐ Friend / Family Member ☐ Health Fair ☐ Hotline (866-951-9355)	☐ Newspaper Ad ☐ Patient Navigator ☐ Radio Ad ☐ TV Ad ☐ Website	☐ American Cancer Society Representative ☐ Targeted Outreach Program (TOP) ☐ Other	
PLEASE PROVIDE THE FOLLOWING NUMBERS WHERE WE CAN REACH YOU:		Mailing Address:	
Home Phone number	City*	State*	Zip*
Work Phone number	County*		
Cell Phone number	Email Address		
Emergency Contact List a phone number and name for someone who could call you if your phone number changes in the future or in an emergency:			

CONSENT FORM

AGENCY OR SITE #	eCaST ID	DATE OF BIRTH	AGE
LAST NAME	FIRST NAME	MIDDLE NAME	MAIDEN NAME

To the best of my knowledge, the GROSS MONTHLY (before taxes) income for my household is: _____. The number of people living on this income including myself (this may include people not living in your house) is: _____.

CLIENT INSTRUCTIONS: Please read this page carefully before signing at the bottom. By signing this form, you are consenting to enrollment for ALL three programs listed below, if offered by this clinic and if you are eligible. You will remain enrolled as long as you meet eligibility requirements and do not request to be withdrawn.

I am enrolling in Women's Wellness Connection (WWC) Clinical Services program and I understand the following:

The Clinical Services program pays for testing in order to screen and diagnose breast and cervical cancer depending on my age. The program does not pay for tests and care that are not related to finding breast or cervical cancer. I have talked to someone at this clinic and understand the choices available to me if cancer is diagnosed. As part of this program, I understand that I cannot have Medicaid, Medicare, or other health insurance that will pay for these tests or my health insurance has a high deductible or co-pay that I cannot afford.

I am enrolling in the Women's Wellness Connection (WWC) Care Coordination program and I understand the following:

The Care Coordination program will help me move through the healthcare system to achieve the best possible breast and cervical health results. This program provides care coordination for breast and cervical appointments depending on my age. The Care Coordination program does not pay for tests or clinic visits. This program may include help with:

- Learning where to sign up for health insurance
- Education about health screening tests
- Understanding test results
- Scheduling appointments

I am enrolling in the Women's Wellness Connection (WWC) Well-Integrated Screening and Evaluation for Women Across the Nation (WISEWOMAN) program and I understand the following:

The WISEWOMAN program pays for screening for cardiovascular disease risk factors (assessment of body mass index, blood pressure, cholesterol, and glucose), risk reduction counseling, medical follow-up (if required) and healthy behavior support options, for which my insurance does not pay, in an effort to prevent cardiovascular disease.

I also understand the following:

- WWC will gather my breast, cervical and cardiovascular health information. This may include: name, age, income, legal presence, insurance status, test results, family and personal medical history. Information obtained by the program is used to find new ways to improve the health of all women.
- I may get letters in the mail to remind me when it is time to go back to my clinic for tests or treatment.
- WISEWOMAN, Clinical Services and Care Coordination programs are run by the Colorado Department of Public Health and Environment.
- My health information can be shared for care and treatment purposes for this program with my doctor, clinic, hospital or laboratory, and my doctor, clinic, hospital or laboratory may use and disclose my information as needed for these purposes.
- I have the right to leave the program at any time. I understand that any information shared prior to my leaving the program will be kept by WWC. All information is kept private.
- If I am diagnosed with breast or cervical cancer, I understand that if I have health insurance that covers cancer treatment, I will not be eligible for the Breast and Cervical Cancer Medicaid Program.
- WWC does not pay for some tests and does not pay for ANY cancer treatment.

My responsibilities are as follows:

- If I no longer want to take part in WWC WISEWOMAN, Clinical Services, or Care Coordination programs, I will inform my healthcare provider IN WRITING and I will be withdrawn from the program. This authorization expires when I formally withdraw from the programs.
- I have talked to someone from this clinic about what choices I have and understand that I may have to pay for some tests and treatment that WWC does not cover.
- My provider, clinic, hospital, laboratory, and mammography center may share my information with: _____ and WWC.
(contract agency name)

I have read and understand the above information. All of the information that I have provided about myself to the clinic is true.

SIGNATURE

NAME (PLEASE PRINT)

DATE



Verification of Lawful Presence
AFFIDAVIT
Women's Wellness Connection (WWC) / WISEWOMAN

I, _____, swear or affirm under penalty of perjury under the laws of the State of Colorado that (check one):

- ☐ I am a United States citizen, or
- ☐ I am a Permanent Resident of the United States, or
- ☐ I am lawfully present in the United States pursuant to Federal law.

I understand that this sworn statement is required by law because I have applied for a public benefit. I understand that state law requires me to provide proof that I am lawfully present in the United States prior to receipt of this public benefit. I further acknowledge that making a false, fictitious, or fraudulent statement or representation in this sworn affidavit is punishable under the criminal laws of Colorado as perjury in the second degree under Colorado Revised Statute 18-8-503 and it shall constitute a separate criminal offense each time a public benefit is fraudulently received.

Signature

Date

PLEASE ANSWER THE FOLLOWING SCREENING QUESTIONS

When was your last menstrual period? _____

Have you ever had a pap smear before? Yes _____ No _____

Where? _____

When? _____

SCHEDULING PREFERENCE

Please use the space below to document your scheduling preferences for your pap smear.

Circle preferred day(s): M T W Th F ANY

Circle preferred time(s): AM PM ANY



PROGRAMAS DEL BIENESTAR DE LA MUJER

21-29

Información general:

El programa del bienestar de la mujer es un programa que les proporciona, a las mujeres, servicios especializados a través de exámenes de detección de enfermedades cardiovasculares, del seno y el cuello uterino. Estos programas son proporcionados por el Departamento de Salud Pública y Medioambiente de Colorado. Uno de los programas ofrecidos es el programa para el tratamiento del cuello uterino para mujeres entre 21 y 29 años.

La mujer es elegible si*:

- Tiene entre 21 y 29 años
- Tiene un ingreso familiar por debajo del 250% del nivel federal de pobreza
- Está legalmente en los Estados Unidos

Servicios que pueden ser proporcionados*:

- Servicios para el cuello uterino

Inscripción:

Las mujeres pueden inscribirse en el programa completando los documentos de inscripción y programando un examen. Por favor, solicite ayuda a un especialista de inscripción o a un asociado de servicio al cliente.

**** No se garantiza la inscripción en programas o servicios prestados. Por favor, complete los documentos de un paquete y alguien se pondrá en contacto con usted en relación al programa en el que está inscrito.**

FORMULARIO DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE

(Los pacientes deben volver a presentar la solicitud todos los años)



AGENCY #	CHART #	eCaST ID
ENROLLMENT/RE-ENROLLMENT DATE	☐ I HAVE VERIFIED THIS PATIENT'S LAWFUL PRESENCE DOCUMENT IS CURRENT.	

TOBACCO SCREENING

- ☐ Screened Positive., agency faxed referral ☐ Screened Negative
☐ Screened Positive., client declined referral ☐ Client was not screened

UNINSURED CLIENT: REFERRED FOR INSURANCE (mark all that apply)

- ☐ Medicaid ☐ Other: _____
☐ Connect for Health Colorado ☐ Client not referred

INSTRUCCIONES PARA EL PACIENTE: Completar cada parte a continuación. *Esta información se requiere para inscripción al programa WWC.

APELLIDO *	PRIMER NOMBRE*	SEGUNDO NOMBRE*	APELLIDO DE SOLTERA*
ÚLTIMOS 4 NÚMEROS DE SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL*		FECHA DE NACIMIENTO*	EDAD*

¿A QUÉ ORIGEN ÉTNICO PERTENECE? ELIJA UNO A CONTINUACIÓN? *

- ☐ Soy latina y/o hispana. ☐ No soy latina ni hispana. ☐ No estoy segura de si soy latina o hispana.

¿QUÉ RAZA(S) ES USTED? MARQUE TODO LO QUE SEA VERDADERO?*

- ☐ Negro/afroamericana ☐ Asiática ☐ Proveniente de las islas del Pacífico
☐ Blanca ☐ Nativa de Alaska ☐ No estoy seguro
☐ Amerindia (Tribu: _____) ☐ Proveniente de las islas Aleutianas ☐ Otra: _____
☐ Nativa de Hawái

¿TIENE SEGURO MÉDICO PRIVADO O MEDICAID?*

- ☐ Sí, tengo Medicaid.
☐ Sí, tengo seguro privado.
 Marque a continuación lo que sea verdadero.
☐ pero tengo un deducible
☐ pero no cubre los exámenes de detección
☐ No, no tengo seguro médico privado ni Medicaid.

¿TIENE MEDICARE?*

- ☐ Sí, sólo la parte A.
☐ Sí, las partes A y B.
☐ No, no tengo Medicare.

A mi leal saber y entender, los ingresos BRUTOS MENSUALES (antes de impuestos) para mi grupo familiar son:*

Cantidad de personas que viven con estos ingresos incluida yo (es posible que incluya personas que no viven en su casa):*

¿CÓMO SE ENTERÓ ACERCA DE LOS EXÁMENES GRATUITOS DE DETECCIÓN DE CÁNCER CERVICOUTERINO Y DE MAMA DE WWC?

- ☐ Folleto/Póster ☐ Línea directa (866-951-9355) ☐ Website
☐ Médico/Personal de la clínica ☐ Aviso en un periódico ☐ Representante de la Sociedad Americana del Cáncer
☐ Amigo/Familiar ☐ Anuncio de radio ☐ Patient Navigator (programa de asistencia para pacientes)
☐ Feria de salud ☐ Anuncio televisivo ☐ Otro: _____

PROPORCIONE LOS SIGUIENTES NÚMEROS DONDE PODEMOS COMUNICARNOS CON USTED:

Número de teléfono de su casa particular

Número de teléfono de su trabajo

Número de teléfono celular

Contacto de emergencia

Incluya un número de teléfono de alguien a quien podamos llamar si cambiara su número de teléfono en el futuro o en caso de emergencia:

Dirección postal

Ciudad*

Estado*

Código postal*

Condado*

Dirección de correo electrónico

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

NÚM. DE AGENCIA O CENTRO	ID de eCaST	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD
APELLIDO	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO DE SOLTERA

Según mi leal saber y entender, los ingresos BRUTOS MENSUALES (antes de deducir impuestos) de mi grupo familiar son: _____.

La cantidad de personas que viven de estos ingresos, incluyéndome a mí (esto puede incluir a personas que no viven en su casa) es: _____.

INSTRUCCIONES PARA LA PACIENTE: lea esta página atentamente antes de firmar al pie. Al firmar este formulario, usted otorga su consentimiento de inscripción en los 3 programas que se mencionan a continuación, en caso de que la clínica los ofrezca y si usted reúne los requisitos. Permanecerá inscrita mientras cumpla con los requisitos de inscripción y hasta que solicite ser dada de baja.

Me inscribo en el programa de servicios clínicos de Women's Wellness Connection (WWC) y comprendo lo siguiente:

El programa de servicios clínicos cubre las pruebas para la detección y el diagnóstico del cáncer de mama y cuello uterino según la edad de la paciente.

El programa no cubre las pruebas ni la atención que no estén relacionadas con la detección del cáncer de mama o cuello uterino. He hablado con un integrante del personal de esta clínica y comprendo las opciones que tengo disponibles si me diagnostican cáncer. Como parte de este programa, entiendo que no puedo tener Medicaid, Medicare ni ningún otro seguro de salud que pague por estas pruebas, o bien mi seguro de salud tiene un deducible elevado o un copago que no puedo pagar.

Me inscribo en el programa de coordinación de atención de Women's Wellness Connection (WWC) y comprendo lo siguiente:

El programa de coordinación de atención me ayudará a transitar por el sistema de atención de salud para obtener los mejores resultados en caso de padecer de cáncer de mama y cuello uterino. Este programa ofrece coordinación de las citas relacionadas con la salud mamaria o cervicouterina según la edad de la paciente. El programa no cubre las pruebas ni citas clínicas pero puede incluir asistencia para lo siguiente:

- Saber dónde inscribirse para recibir seguro de salud.
- Obtener información sobre pruebas de detección.
- Comprender los resultados de las pruebas.
- Programar las citas.

Me inscribo en los programas Women's Wellness Connection (WWC) WISEWOMAN (detección y evaluación integradas para mujeres de todo el país) y comprendo lo siguiente:

El programa WISEWOMAN cubre la detección de factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares (evaluación del índice de masa corporal, presión arterial, colesterol y glucosa), orientación en reducción de riesgos, seguimiento médico (si es necesario) y opciones de apoyo de conductas saludables, que mi seguro de salud no cubre, en un esfuerzo por prevenir las enfermedades cardiovasculares.

Además, comprendo lo siguiente:

- Es posible que reciba cartas por correo postal para recordarme cuándo debo regresar a mi clínica para realizar pruebas o recibir tratamiento.
- El Departamento de Salud Pública y Medio Ambiente de Colorado es el encargado de gestionar los programas WISEWOMAN, de servicios clínicos y de coordinación de atención.
- A los efectos de la atención y tratamiento por medio de este programa, se podrá divulgar mi información médica a mi médico, clínica, hospital o laboratorio, los cuales podrán usarla y divulgarla según sea necesario en relación con dichos fines.
- Tengo el derecho de darme de baja del programa en cualquier momento. Comprendo que cualquier información que se haya compartido antes de que abandone el programa la conservará WWC. Se mantiene la privacidad de toda la información.
- Comprendo que si tengo un seguro de salud que cubre el tratamiento contra el cáncer, no podré beneficiarme del programa

Mis deberes son los siguientes:

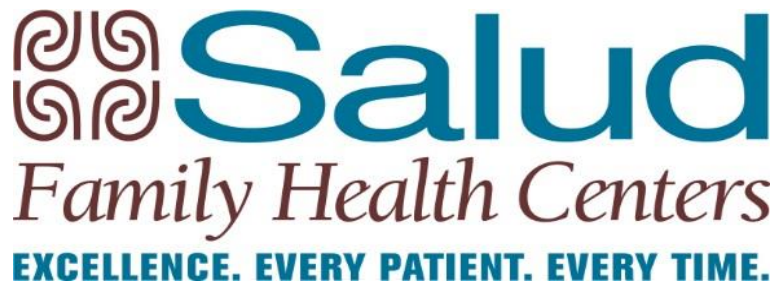
- Si ya no deseo participar en los programas WISEWOMAN, de servicios clínicos o de coordinación de atención de WWC, informaré a mi proveedor de atención de salud POR ESCRITO para que me den de baja del programa. Esta autorización vencerá cuando me haya retirado formalmente de los programas.
- He hablado con un integrante del personal de esta clínica sobre las opciones que tengo, y entiendo que es posible que deba pagar por algunas pruebas y tratamientos que WWC no cubre.
- Mi proveedor, clínica, hospital, laboratorio y centro de mamografías pueden compartir mi información con: _____ y WWC.
(nombre de la agencia contratada)

He leído y comprendido la información anterior. Toda la información que he proporcionado a la clínica sobre mí es verdadera.

FIRMA

NOMBRE (EN LETRA DE IMPRENTA)

FECHA



Verificación de presencia legal
DECLARACIÓN JURADA
Women's Wellness Connection (WWC) / WISEWOMAN

Yo, _____, juro y afirmo bajo pena de perjurio bajo las leyes del Estado de Colorado que (marque uno):

- ☐ Yo soy un ciudadano de los Estados Unidos, o
- ☐ Soy un residente permanente de los Estados Unidos, o
- ☐ Estoy legalmente en los Estados Unidos en virtud de la Ley Federal.

Tengo entendido que esta declaración jurada es requerida por la ley, debido a que he solicitado un beneficio público. Tengo entendido que la ley estatal requiere que compruebe que estoy legalmente en los Estados Unidos antes de la recepción de este beneficio público. También reconozco que hacer una declaración o representación falsa, ficticia o fraudulenta en esta declaración jurada es penada bajo las leyes de penal de Colorado como perjurio en el segundo grado por el estatuto revisado de Colorado 18-8-503 y constituirá un delito criminal separado cada vez que un beneficio público se recibe de forma fraudulenta.

Firma

Fecha

POR FAVOR DE CONTESTAR LAS PREGUNTAS SIGUIENTES

¿Cuándo fue la menstruación más reciente? _____

¿Ha tenido una prueba de Papanicolau antes? Sí _____ No _____

¿Dónde? _____

¿Cuándo? _____

PREFERENCIA PROGRAMACIÓN PARA

Utilice el espacio para una lista de sus preferencias de programación para su Papanicolau.

Por favor circule el/los día(s) preferidos: L Ma Mi J V CUALQUIER

Por favor circule el/los tiempo(s) preferidos: Mañana Tarde CUALQUIER