



Estimado posible cliente,

Gracias por contactar al Bridge Breast Network para recibir ayuda con su problema de salud de seno. Por favor revise la copia adjunta de nuestra Política de Asistencia Financiera, firme la misma y ponga la fecha y pídale a un testigo que firme en la sección preparada para la firma de testigo. ***Por favor envíenos la aplicación y los documentos requeridos por fax: 214-821-0869 por correo postal o venga en persona durante nuestro horario de recepción de 10:00 a 11:00 de la mañana los martes y jueves en nuestra oficina localizada en 4000 Junius Street, Dallas, TX 75246 (Baylor Medical Center Dallas). Por favor no se retrase enviando la documentación requerida. El Bridge Breast Network no podrá asistirlo hasta que se haya recibido toda la información. Por favor, provea los siguientes documentos:***

1. Completar con fecha y firma la presente forma, si usted está pidiendo un diagnóstico o servicio de tratamiento.
2. Leer, revisar y firma la hoja de Financial Assistance Policy and Release of Liability
3. La forma de consentimiento que está adjunta, firmada por usted y un testigo (Necesita ser mayor de 18 años).
4. Firmar el Consentimiento para pedir información sobre los Exámenes realizados.
5. Copia de una identificación con fotografía (actualizada), en caso de que su dirección sea diferente por favor proveer un recibo de servicios.
6. Realice el pago de veinte dólares (\$20) no-retornables para procesar su aplicación. **El pago por procesar la aplicación puede ser realizado por cheque, efectivo o tarjeta de crédito/debito (Si usted decide pagar con tarjeta de crédito/debito el costo total será de \$23 dólares).**
7. Proveer prueba de ingresos (**enviar una copia de uno de los siguientes documentos**):
 - Copias del último talón de cheque (Si es casada y los dos trabajan, necesita mandar los talones de cheque de ambos)
 - Para Personas con Negocio Propio: Income Tax del año anterior (Incluir TODOS los Schedule)
 - Supporter Statement y el income tax del año anterior (Si usted está siendo mantenido por alguien diferente a su esposo) **ESTA FORMA DEBE ESTAR FIRMADA, NOTARIZADA E INCLUIR UNA COPIA DEL ÚLTIMO INCOME TAX DE LA PERSONA PROVEIENDO EL SOPORTE ECONOMICO.**
 - Verificación de Empleo (Si su salario es pagado con efectivo o un cheque personal)
 - Comprobantes de ayuda de gobierno (Estampillas de Comida, Asistencia para renta, Prueba Manutención de Menor en caso de Divorcio, Desempleo, etc)
 - Otras (Si usted tiene algún otro ingreso)
8. Copia de la hoja de referencia o petición de servicios de su médico (si es aplicable)
9. Firmar la hoja de Acuso de Recibo del Aviso de las Prácticas de Privacidad

Por favor no demore en devolver toda la información solicitada. The Bridge Breast Network no le podrá asistir hasta que toda la información sea recibida antes de la fecha de vencimiento. Si usted tiene alguna pregunta, por favor no deje de comunicarse con nosotros al 214-821-3820 o al número gratuito 1-877-258-1396.

Sinceramente,
Case Management



THE BRIDGE

4000 Junius Street
Dallas, Texas 75246
TEL: (214) 821-3820
FAX: (214) 821-0869

SERVICE NEEDED

- Mamograma de Rutina
- Diagnostico
- Biopsia
- Tratamiento de Cancer

OFFICE USE ONLY

Received:		Client #	
<input type="checkbox"/> UNINSURED	<input type="checkbox"/> INSURED	<input type="checkbox"/> UNDER	
Payment Amount:		<input type="checkbox"/> \$20 Application Fee	
<input type="checkbox"/> \$1000 Treatment Fee		<input type="checkbox"/> Other:	
Pymt Type Info:			
Date Approved:			

INFORMACION DEL CLIENTE

Referida Por _____

Non-English Speaking- what language? _____

Apellido _____ Primer nombre. _____ Ini. _____

SEXO M F Fecha de Nac. ____ / ____ / ____ SS# / Tax ID _____

Citizenship Status: U.S. Born Naturalized Citizen Visiting Visa Resident Alien Undocumented

Raza Etnica: Hispano Negro Americano Asiatico Caucasico /Blanco Medio Este

Indio Americano Otro _____

Dirección _____

Cd. _____ Estado TX Zip _____ Condado _____

Tel. casa () - Trabajo () - Emergencia () -

Cel # () - Email: _____

Estatus Social Casada Soltera Divorciada Viuda Separada Union Libre

de Familia _____ Edades de Ninos _____

INFORMACION MEDICA -Marque lo que se aplique.

Doctor o Clinica Primaria _____ Tel# _____

Ultimo Mamograma Fecha ____ / ____ / ____ Lugar _____

Cáncer en la Familia/Personal _____

Usted tiene algo de lo siguiente?

- | | | | |
|--|---|--|---|
| Implantes en los Senos? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Ha cambiado o se ha invertido el pezón? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Cambio de forma o peso? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tiene desecho por el pezón? | |
| Senos con bolas? | | • Desecho cuando se preciona | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| • Seno Izquierdo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | • Desecho espontaneo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| • Seno Derecho | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | • Deseche de color rojo sangre | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Se ha inyectado silicon | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | • Desecho claro como agua | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Tiene pozos o protuberancias en la piel? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | • Desecho verde como puss | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Siente bolitas en la axila? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | • Desecho con mal olor | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| La piel del seno esta roja o ha cambiado de color? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Su Seno se siente tibio /caliente y pesado | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

PARE AQUI SI SOLO ESTA SOLICITANDO UNA MAMOGRAFIA DE RUTINA

ESTA SECCION DEBE DE SER LLENADA EN CASO DE REQUERIR SERVICIOS DE DIAGNOSTICO Y/O TRATAMIENTO

INFORMACION FINANCIERA		
Estado de Empleo	Estado financiero -Cliente	Estado Financiero del Esposo
Desempleado	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Incapacitado	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Empleado : Presentar los ultimos dos cheques	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Carta de Pensionado	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Negocio Propio (Presentar la declaración de Impuestos/Taxas del año pasado)	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Estudiante(Prestamos para la escuela)	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N

INFORMACION DE ASEGURANZA

Usted actualmente tiene acceso a un seguro médico que cubra total o parcialmente sus recibos médicos? Sí No
 Si marco que "si", por favor marque lo que aplique a su caso:

- Medicaid:** Traditional Texas Women's Medicaid
- Medicare:** Part A Part B
- Parkland Plus**
- JPS Connect**
- County Indigent Program**
- Cancer Policy**
- Private Insurance:** Check which applies and provide a copy of your insurance card
 - Aetna BaylorScott & White Ins. Blue Cross Blue Shield (BCBS) Cigna
 - Molina Parkland Ins. United Healthcare
 - Other Insurance Provider _____

Yo declaro que si mi situación en relación a mi seguro médico cambia, yo notificare a The Bridge Breast Network. de los beneficios adquiridos, de lo contrario, tendré como resultado pagar a The Bridge el costo de los servicios que me fueron proveídos cuando estaba asegurada(o). Además mi caso con The Bridge será cerrado de inmediato.

CERTIFICACION DE INFORMACION: Entiendo que cualquier persona que con conocimiento mienta o modifique la verdad para ayudar a que alguien mienta o modifique la verdad para completar esta forma está cometiendo un crimen el cual puede ser castigado bajo la ley Federal, Estatal o ambas y será sujeto a la terminación inmediata de los servicios. Certifico bajo delito de perjurio que la información que estoy proporcionando en esta aplicación es verdadera por lo que a mi concierne. Acepto que de resultar falsa, resultara como consecuencia la inmediata terminación de mis servicios y será necesario el re-embolso de los gastos médicos que The Bridge Breast pago por mí, de lo contrario se procederá legalmente. Su firma autoriza al Bridge Breast Network a utilizar la información que nos provea para determinar la elegibilidad de servicios. Esta información será retenida bajo la más estricta confidencialidad y solamente utilizada para propósitos de este programa.

 Firma (Padre o guardian si el aplicante es menor)

 Fecha

FOR OFFICE USE ONLY

Monthly Income Amounts			
Gross Wages	\$ _____	VA Benefits	\$ _____
Soc. Security	\$ _____	Housing Auth.	\$ _____
AFDC/TANF	\$ _____	Workers Comp.	\$ _____
SSI/ Disability	\$ _____	Pension	\$ _____
Unemployment	\$ _____	Child Support:	\$ _____
			Total Monthly \$ _____

- Other: \$ _____
- Supporter Statement Attached



Política de Asistencia Financiera y Descargo de Responsabilidad

Información General

El Bridge Breast Network es una organización sin fines de lucro que provee servicios de diagnóstico y tratamiento de cáncer de seno a mujeres y hombres médicamente desprotegidos. Las personas deben calificar para los servicios de The Bridge completando una aplicación y cubriendo los requisitos de la elegibilidad.

Política de Ayuda financiera

The Bridge no asume responsabilidad financiera por ningún procedimiento medico a menos que el Trabajador de Caso haya aprobado el procedimiento con anterioridad y lo haya notificado al cliente y proveedor.

BBN ofrece a clientes ayuda financiera limitada solo para diagnóstico y tratamiento de cáncer de seno. Cada 6 meses se solicitará al cliente que recertifique su elegibilidad. Cambio en esta información podrá descalificarle para futuros servicios. En el evento de una reocurrencia de cáncer de seno, el cliente deberá recalificar para asistencia. El no proveer esta información será razón para ser rechazado como cliente The Bridge.

BBN referirá nuestros clientes a médicos y/o servicios médicos apropiados para diagnosis y tratamiento a uno de nuestros proveedores.

BBN no sera responsable de proveer tratamiento en casos de metástasis (cáncer de seno que se ha propagado a otras partes del cuerpo). The Bridge no remueve fibroadenomas u otro tipo de tumores no-malignos a menos que sea específicamente recomendado por un médico para descartar un diagnostico maligno

Descargo de Responsabilidad

The Bridge Breast Network es una institución sin fines de lucro 501c (3). Profesionales médicos donan su tiempo de manera voluntaria. Los servicios provistos no estarían a su disposición sin el esfuerzo de los voluntarios que participan con The Bridge. Nuestros proveedores que le proporcionan los servicios no están obligados de hacerlo, pero lo hacen de manera voluntaria. El valor justo de Mercado de los servicios que el cliente recibirá excede por mucho el monto que ella o el pudiera pagar.

BBN tiene el derecho de usar a su discreción, de negar servicio o retirar servicio en caso de que se pruebe tergiversación en cuanto a la información en la aplicación del cliente. En adición, The Bridge Breast Network tiene el derecho de negar o retirar ayuda por cualquier otra razón.

PARA CLIENTES QUE REQUIEREN TRATAMIENTO DE CANCER DE SENO

- **Copia de la declaración de impuestos más reciente (Income Tax)**
- **Es requerido que cada cliente contribuya con una porción del costo del tratamiento por la cantidad de \$ 500.00 dólares para cada etapa de tratamiento que se reciba a través de BBN. Cirugía \$500.00 Oncología Medica \$500.00 Radiación \$500.00. Es requerido un pago inicial por la cantidad de \$1,000.00 dólares para el inicio de tratamiento. Los pagos se podrán efectuar con cheque, efectivo, money order o tarjeta de crédito/debito (el costo por proceso de tarjeta de crédito/debito no está incluido en las tarifas anteriormente mencionadas).**

Iniciales _____



Acuerdo de Consentimiento

Yo, _____, entiendo completamente las condiciones de la Política Financiera The Bridge Breast y Descargo de Responsabilidad.

Entiendo que firmando ese documento yo renuncio a mi derecho de asentar cualquier reclamo o demanda en contra de The Bridge Breast Network por daños de cualquier tipo que surjan de los servicios provistos a mí, a través de los esfuerzos y ayuda The Bridge Breast. En consideración por haberme permitido recibir los servicios provistos, firmando a continuación, yo libero para siempre, considero inofensivo y no culpo a The Bridge Breast, sus directores, agentes, voluntarios, patrocinadores, empleados, sucesores y encomendados de cualquier y todo reclamo, causa de acción, daño, demanda, o responsabilidad que surja de o conectado en cualquier manera surgido del recibo de mis servicios.

Firmando a continuación, yo reconozco y acuerdo que el acuerdo The Bridge Breast de ofrecer ayuda limitada para diagnóstico y tratamiento de cáncer de seno, no obliga The Bridge a proveer ayuda para diagnóstico y tratamiento de enfermedad metastático o cualquier otra condición relacionada o enfermedad.

Firmando a continuación yo reconozco y acuerdo que The Bridge tiene el derecho, a su sola discreción, de negar a proveer o retirar ayuda en el caso que se determine haya tergiversación de mi información en la aplicación. En adición, el no acatar con la actualización de información financiera y demográfica cuando sea solicitado, puede resultar en su rechazo como cliente del Bridge.

Yo he revisado cuidadosamente este acuerdo y estoy firmando a propia voluntad y sin coacción de cualquier tipo. Soy competente para firmar esta renuncia de reclamos.

Este descargo está hecho y pretende a obligarme no solo a mí sino también mis herederos, ejecutores, administradores y encomendados. Este acuerdo está hecho en Texas y tiene la intención de ser interpretado bajo la ley de Texas.

Nombre del cliente en molde

Firma del cliente*

Fecha

Nombre del testigo en Molde

Firma del testigo

Fecha

*Firma (Padre o guardián si el aplicante es menor de 18)

Authorization for Use and Disclosure of Protected Health Information

When you obtain services from any Bridge Breast Network provider, certain uses and disclosures of your health information are necessary and permitted by law in order to treat you, to process payments for your treatment and to support the operations of the entity and other involved providers. You may request a copy of the Bridge Privacy Policy and Practices at any time. You have the right to request that we restrict how protected health information about you is used.

I authorize the healthcare provider listed below to release my medical records and imaging studies to the Bridge Breast Network:

	FOR OFFICE USE ONLY

I understand no information pertaining to my medical visits will be disclosed to anyone for purposes outside of normal treatment, payment, and program operations. I understand that I will be responsible for informing those people that I wish to be aware of reasons for my medical visits. Further, I understand The Bridge Breast Network and its providers are not responsible for any disclosures regarding my medical condition and/or treatments that are made by people that I inform.

- 1) This restriction will have no impact on the Bridge Breast Network right to disclose and use my protected health information for purposes of treatment, payment and health care operations.
- 2) I have the right to request a copy of this form after I sign it as well as inspect or copy any information to be used and/or disclosed under this authorization (if allowed by state and federal law. See 45 CFR § 164.524).
- 3) I may revoke this authorization at any time by notifying the Bridge Breast Network in writing as set forth in the Notice of Privacy Practices. However, it will not affect any actions taken before the revocation was received or actions taken in reliance thereon, or if the authorization was obtained as a condition of obtaining insurance coverage and other applicable law provides the insurer with the right to contest a claim under the policy.
- 4) The Bridge Breast Network agrees to maintain the confidentiality of my protected health information; however, if the person or organization authorized to receive the information is not a health plan, health care clearinghouse or health care provider, federal law (HIPAA) requires me to be advised that information used or disclosed pursuant to this authorization may be subject to re-disclosure and may no longer be protected by HIPAA rules.

Marketing:

I authorize the Bridge Breast Network to use my story but not my full name for operational and fundraising purposes.

Additional Disclosure:

I also authorize The Bridge Breast Network to discuss my medical history, diagnosis and treatment with the following:

Relationship	Name	Phone Number
<input type="checkbox"/> Spouse	_____	_____
<input type="checkbox"/> Child	_____	_____
<input type="checkbox"/> Child	_____	_____
<input type="checkbox"/> Parent(s)	_____	_____
<input type="checkbox"/> Other: _____	_____	_____

This authorization will expire 180 days from the date of signing or on **(insert date)** _____.

Patient Name: _____	Patient ID #: _____
_____	_____
Signature of Patient or Legal Representative	Date
_____	_____
Printed Name of Patient's Representative (if applicable)	Relationship to Patient (if applicable)
_____	_____

BRIDGE BREAST NETWORK

Acuso de Recibo del Aviso de las Prácticas de Privacidad

Nombre del Paciente:

Paciente ID #:

Yo por la presente reconozco que he recibido una copia del Aviso de las Prácticas de Privacidad de Bridge Breast Network. Yo entiendo que tengo el derecho de rehusarme a firmar este acuso de recibo si así lo deseo.

Firma del Paciente o Representante Legal

Fecha

Nombre Impreso del Representante del Paciente
(si es aplicable)

Relación con el Paciente (si es aplicable)

- Padres o custodio de un menor no emancipado
- Custodio designado por la corte
- Testamentario o administrador del patrimonio del difunto
- Poder Notarial (Power of Attorney)

SOLO PARA EL USO DE LA OFICINA

Nosotros intentamos obtener el acuso de recibo por escrito de nuestro Aviso de las Prácticas de Privacidad en la siguiente fecha, _____ pero el acuso de recibo no se pudo obtener porque:

- El paciente / representante rehusó a firmar
- Una situación de emergencia nos impidió obtener el acuso de recibo en este momento (intentaremos otra vez en una fecha posterior)
- Barreras de comunicaciones prohibieron la obtención del acuso de recibo (Explicar)

- Otro (Especificar)

