

INSERT CLINIC NAME AND LOGO

Name: _____ Birth date ____/____/____ SS#: _____
mm/dd/yyyy (Optional)

Address _____
Street City State Zip

The Missouri Department of Health and Senior Services invites you to take part in the Show Me Healthy Women Project (SMHW). If you qualify, you will receive your breast and cervical cancer examinations free. If your test results are not normal, this clinic will work with SMHW and/or Department of Social Services to help you obtain additional tests and, if needed, treatment.

Income/Insurance Information *(Please check all that apply.)*

Are you receiving: Unemployment insurance ☐ WIC ☐ TANF ☐ Food stamps ☐
Medicare Part A ☐ and/or Part B ☐ Medicaid ☐ Have you applied for Medicaid ☐

Do you have health insurance?	Yes ☐ No ☐
Does your insurance have a deductible?	Yes ☐ No ☐
Can you pay the deductible?	Yes ☐ No ☐
Is your health insurance an HMO?	Yes ☐ No ☐

CLIENT AGREEMENT

I have not supplied documentation of household income. I declare my household income is within SMHW present income guidelines. _____ (If applicable, please initial)

I have received the income guidelines and I qualify for the SMHW.

A staff person has informed me which tests the SMHW program covers.

I understand that the SMHW services will be available to me at no cost.

I understand that my health is my responsibility. I am responsible for keeping my appointments.

I need to contact this clinic for my test results.

I understand that no test is 100% accurate.

I have read or had the above read to me. I agree that all the information above is correct.

As a client receiving services funded by SMHW, your protected health care information will be shared with appropriate staff at the Department of Health and Senior Services and other agencies as required by the federal funding source. I acknowledge that I have been given a copy of the Missouri Department of Health and Senior Services Notice of Privacy Policies and have been told where I can obtain any subsequent revisions to this Notice. If this document is signed by the guardian or Durable Power of Attorney for Health Care (DPOA-HC), attach a copy of the Letters Appointing the Guardian or a copy of the Durable Power of Attorney for Health Care.

Signature of the Client/Guardian/
Durable Power of Attorney for Health Care (DPOA-HC)

____/____/____
Date

INSERT CLINIC NAME AND LOGO

Nombre _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ Seguro Social. # _____
mes día año (opcional)
Dirección _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

El Departamento de Salud y de Servicios para Personas de Edad Avanzada de Missouri le invita a ser parte del programa Mujeres Saludables de Missouri. Si usted califica, recibirá exámenes del seno y cervical gratuitos. Si los resultados fueran anormales, trabajaremos con el Departamento de Servicio Social para obtener exámenes adicionales, incluyendo el tratamiento si es necesario.

INFORMACIÓN DE INGRESOS Y ASEGURANZA DE SALUD (seguros) (Por favor indique toda lo que aplica.)

Esta usted recibiendo: Seguro de desempleo ☐ Medicaid ☐ TANF (Ayuda Estatal) ☐
WIC ☐ Medicare Parte A ☐ o Parte B ☐
¿Ha aplicado para recibir Medicaid? ☐

¿Tiene usted Seguro de Salud?	Si ☐	No ☐
¿Tiene usted un deducible en su seguro?	Si ☐	No ☐
¿Puede usted pagar el deducible?	Si ☐	No ☐
¿Tiene usted el Seguros llamado HMO?	Si ☐	No ☐

Acuerdo del Cliente

No he presentado documentación sobre mis ingresos. Declaro que mis ingresos no sobrepasan los límites salariales de la guía del programa Mujeres Saludables de Missouri. _____ (su inicial)
He recibido los requisitos del programa Mujeres Saludables de Missouri y califico para este proyecto.
Personal del proyecto me ha informado cuáles exámenes paga el Mujeres Saludables de Missouri.
Entiendo que los servicios disponibles a través del programa Mujeres Saludables de Missouri son gratuitos.
Entiendo que es mi responsabilidad cuidar mi salud. Soy responsable de cumplir y mantener las citas médicas.
Entiendo que personas asociados con el programa Mujeres Saludables de Missouri me pueden entrarme en contacto para recibir servicios médicos y aconsejados.
Entiendo que necesito contactarme con la clínica para saber los resultados de mis exámenes.
Entiendo que ningún examen es 100% exacto.
Confirmando que he leído o se me ha leído la información anterior.
Confirmando que toda información antes mencionada es correcta.

Como cliente que esta recibiendo servicios financiados por el programa Muéstreme Mujeres Saludables, su información protegida del cuidado médico será compartida con el personal apropiado en el Departamento de Salud y de Servicios para Personas de Edad Avanzada y de otras agencias según los requisitos de la fuente del financiamiento federal. Yo reconozco que me han dado una copia de las Políticas de Privacidad del Departamento de Salud y Servicios para Personas de Edad Avanzada de Missouri y que me han dicho a dónde puedo obtener revisiones subsiguientes a este aviso. Si este documento es firmado por el Tutor (Custodio) del poder duradero para atención médica, por favor adjunte una copia de las cartas de nombramiento del Tutor o una copia del Poder Duradero (Poder Notarial).

Firma del Cliente/Tutor/
Poder Duradero para atención médica (DPOA-HC)

_____/_____/_____
Fecha