



Información del programa y formulario de elegibilidad

A continuación se muestran los requisitos para obtener imágenes mamarias gratuitas financiadas por la Fundación Keeping Abreast en asociación con Woodlands Medical Specialists para las pacientes que califican.

Los servicios de mamografía de detección y diagnóstico, ecografía mamaria, resonancia magnética mamaria y biopsia mamaria se proporcionan por orden de llegada.

Para programar una cita, deberá completar el formulario adjunto con nuestros asesores financieros para pacientes de Woodlands en el lugar ubicados en 4724 North Davis Highway o 161 E. Nine Mile Rd en Pensacola, Florida. Para consultas, llame al 850-696-4312.

Requisitos de elegibilidad:

- Tener 40 años o más.
- O bien, menores de 40 años que tienen un mayor riesgo de cáncer de mama.
- Residente de los condados de Escambia, Santa Rosa, Okaloosa o Walton en el estado de Florida.
- No tiene seguro y no es elegible para la cobertura de Medicaid o Medicare o cualquier otra forma de asistencia pública.
- Cumpla con las pautas de elegibilidad de ingresos según el tamaño de su familia.
 - o Las pautas de ingresos se basan en el 300% del nivel nacional de pobreza publicado en el Registro Federal. Estas directrices se basan en **las directrices sobre la pobreza del año en curso** .
*El solicitante debe mostrar prueba de ingresos proporcionando el formulario de impuestos actual.
 - o Debe ganar menos de los ingresos anuales o mensuales que se designan como elegibles según el tamaño de su familia.





Formulario de Elegibilidad del Paciente

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Estado: _____ Código Postal: _____ Condado: _____

Número de teléfono: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Fuente de referencia: _____

Ingresos anuales de HH: _____ Número de personas en HH: _____

¿Alguna vez te has hecho una mamografía? No Sí En caso afirmativo, anote cuándo: _____

¿Tiene seguro actualmente? En caso afirmativo, nombre del proveedor de seguros: _____

Si la respuesta es no, continúe con las siguientes preguntas:

¿Alguna vez ha solicitado Medicaid? Sí No

Si no, hable con nuestro Coordinador de Atención de Woodlands Medical Specialists durante su visita y deje de completar este formulario.

En caso afirmativo, ¿cuál es su estado de Medicaid? Tapado Negado
Aún no cubierto (indique la fecha de solicitud): _____

¿Ha agotado otras formas de ayuda financiera pública? Sí No

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Firma de Woodlands: _____ Fecha: _____



WOODLANDS
MEDICAL SPECIALISTS

