

FORMULARIO DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE

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



AGENCY #	CHART #	eCaST ID
ENROLLMENT/RE-ENROLMENT DATE	<input type="checkbox"/> I HAVE VERIFIED THIS PATIENT'S LAWFUL PRESENCE DOCUMENT IS CURRENT.	

TOBACCO USE ASSESSMENT

<input type="checkbox"/> Screened Positive, agency faxed referral	<input type="checkbox"/> Screened Negative
<input type="checkbox"/> Screened Positive, client declined referral	<input type="checkbox"/> Client was not screened

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

<p>¿TIENE SEGURO MÉDICO PRIVADO O MEDICAID?*</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, tengo Medicaid.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, tengo seguro privado.</p> <p> Marque a continuación lo que sea verdadero.</p> <p> <input type="checkbox"/> pero tengo un deducible</p> <p> <input type="checkbox"/> pero no cubre los exámenes de detección</p> <p><input type="checkbox"/> No, no tengo seguro médico privado ni Medicaid.</p>	<p>¿TIENE MEDICARE?*</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, sólo la parte A.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, las partes A y B.</p> <p><input type="checkbox"/> No, no tengo Medicare.</p>
---	--

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:	Dirección postal		
Número de teléfono de su casa particular	Ciudad*	Estado*	Código postal*
Número de teléfono de su trabajo	Condado*		
Número de teléfono celular	Dirección de correo electrónico		
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:			