

# 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:			

# CONSENTIMIENTO DE WWC

PARA USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL DE LA CLÍNICA

AGENCY #	CHART #	WWC #
----------	---------	-------

**INSTRUCCIONES PARA EL PACIENTE: Lea esta página detenidamente antes de firmar a continuación.**

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

Comprendo que al estar en Women's Wellness Connection (WWC), estoy de acuerdo con lo que está escrito en este formulario.

- Comprendo que WWC es un programa de salud de la mama y cervical. WWC no cubre los costos de atención que no están asociados con la mama o cerviz.
- WWC no paga algunas pruebas. WWC no paga NINGÚN tratamiento. He hablado con alguien de esta clínica acerca de las opciones que tengo y comprendo que es posible que tenga que pagar algunas pruebas y tratamiento.
- WWC tiene reglamentos acerca de la edad e ingresos de las mujeres que se unen al programa. He sido honesta respecto a mi edad e ingresos. No cuento con Medicaid ni la Parte B de Medicare. No tengo otro seguro médico que pagaría estas pruebas, además mi seguro médico tiene un deducible alto que no puedo pagar.
- Toda la información que he proporcionado a la clínica es verdadera hasta donde tengo conocimiento. Si digo a la clínica algo que no es cierto, es posible que no se me hagan estas pruebas y deba tener que pagar alguna prueba que ya haya tenido.
- Mi médico, clínica, hospital, laboratorio y centro de mamografía pueden compartir mi información con: \_\_\_\_\_ (nombre de la agencia contratista) y con el Women's Wellness Connection (WWC), un programa administrado por Colorado Department of Public Health and Environment (Departamento de Salud pública y ambiente de Colorado).
- Si estoy de acuerdo en participar en este programa, WWC recibirá alguna de mi información. Esto puede incluir resultados, costos de las pruebas médicas, seguro y otra información relacionada que sea necesaria para el tratamiento, pago y para administrar este programa. Esta clínica y WWC pueden ver mis registros médicos para obtener esta información. WWC es muy cuidadoso para mantener privada mi información.
- Comprendo que tengo el derecho de cambiar de opinión respecto a estar en WWC. Si cambio de opinión, le informaré a mi proveedor de atención médica por escrito y me retiraré de WWC únicamente cuando se reciba y registre el aviso. Comprendo que cualquier información compartida antes de mi retiro la deberá conservar WWC. Esa autorización vence en un año.
- WWC, quien paga el programa, considera la información de salud de mama y cervical de las mujeres que participan en el programa para ayudar a mejorar la salud de todas las mujeres. También consideran la información demográfica.
- Es posible que recibe cartas por correo para recordarme cuando sea momento de regresar con mi médico o a la clínica para realizarme pruebas o tratamiento.

Cuando firmo este formulario, estoy diciendo que comprendo lo que dice este formulario y que estoy de acuerdo con ello. También estoy de acuerdo en participar en este programa de salud de mama y cervical denominado Women's Wellness Connection.

Comprendo que al estar en Women's Wellness Connection (WWC), estoy de acuerdo con lo que está escrito en este formulario.

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
NOMBRE (EN LETRA DE IMPRENTA)



Verificación de presencia legal

DECLARACIÓN

Yo, \_\_\_\_\_, afirmo bajo juramento y pena de perjurio que de conformidad con las leyes del estado de Colorado (marque una de las opciones siguientes):

- Soy ciudadano(a) de los Estados Unidos, o
- Soy residente permanente en los Estados Unidos, o
- Mi presencia en los Estados Unidos es legal de conformidad con las leyes federales.

Entiendo que para dar cumplimiento a la ley, esta declaración bajo juramento es necesaria para solicitar la prestación de un servicio público. Entiendo que las leyes estatales exigen que compruebe que mi presencia en los Estados Unidos es legal con el fin de obtener la prestación de un servicio público. Asimismo, reconozco que hacer declaraciones falsas, ficticias o fraudulentas en esta declaración bajo juramento es un delito de perjurio de segundo grado de conformidad con el código penal de Colorado y el Estatuto revisado 18-8-503 del estado y que habrá de constituir un delito penal por separado cada vez que se obtenga la prestación de un servicio público de manera fraudulenta.

\_\_\_\_\_  
**Firma**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**