

Formulario de Inscripción para el Programa de Detección de Cáncer Colorrectal, de Seno y la Cervical.

Estoy inscribiéndome para: Seno y Cervical (WBCCEDP) y/o Colorrectal (WCCSP) o Ambos

INFORMACION DEL SOLICITANTE

| | | |
|--|------------------------------|-------------------------------|
| Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido: | | Fecha de Nacimiento: Edad: |
| Seleccione: HOMBRE MUJER | Teléfono Principal: | Teléfono Secundario: |
| Dirección Actual: | | Condado: |
| Ciudad: | Estado: | Código Postal: |
| Contacto Alternativo/Relación: | | Teléfono: |
| Dirección de Correo Electrónico: | | |
| ¿Cuál es su raza/etnicidad? (seleccione la correspondiente) | | |
| Indio Americano | Blanco | Asiático |
| Negro/Afroamericano | Isleño del Pacífico/Hawaiano | Hispano/Latino |
| | | Desconocido Otros: |
| ¿Cuál es su lenguaje primario? | | |
| ¿Ha sido usted residente de Wyoming durante al menos un (1) año? | | SI NO |
| ¿Fuma usted actualmente o usa productos derivados del tabaco? | | SI NO |

¿COMO CONOCIO USTED ACERCA NUESTRO PROGRAMA?(circule la que aplica)

| | | |
|---------------------------------|------------------------------------|-------------------------|
| Proveedor del Cuidado de Salud | Navegador para Pacientes | Correspondencia/Folleto |
| Servicios de Salud para Nativos | Servicios de Recursos para Cáncer | Página de Internet |
| Enfermera de Salud Pública | de Wyoming | Televisión/Radio |
| Clínica Gratis | Familiar/Amigo/a | Periódicos/Revistas |
| Otros: | Feria de Salud/ Evento Comunitario | |

INFORMACION DEL PROVEEDOR

| | | |
|---|---------|---------|
| Nombre del Proveedor de Salud (si se aplica): | | |
| Teléfono: | Ciudad: | Estado: |

INFORMACION SOBRE EL SEGURO MEDICO

| | |
|---|--------------|
| ¿Tiene usted seguro médico actualmente? | SI NO |
| ¿Tiene usted Medicaid? | SI NO |
| ¿Tiene usted Medicare? Sólo Parte A o Parte AyB | NO |
| ¿Cuál es el ingreso mensual de su núcleo familiar (antes de los impuestos)? Esté seguro/a de incluir los ingresos de todos los miembros de su núcleo familiar. | |
| ¿Cuántas personas componen su núcleo familiar? | |

SI ESTA USTED APLICANDO PARA UNA COLONOSCOPIA GRATIS

¿Ha sido usted diagnosticado/a con alguna de estas condiciones? Marque la correspondiente
 Cáncer del Colón o Rectal Enfermedad de Crohn Poliposis Familiar Adenomatosa
 Colitis Ulcerativa Enfermedad inflamatoria Intestinal Cáncer Colorrectal Hereditario sin Poliposis

¿Ha recibido usted los siguientes exámenes?

| | | | | | | | |
|--|----|----|--------|---------------------|----------|----------|-------|
| Examen de Sangre Oculta Fecal (FOBT) Examen de Fit | NO | SI | Fecha: | Resultados del FIT: | Positivo | Negativo | No sé |
|--|----|----|--------|---------------------|----------|----------|-------|

| | | | | |
|--------------|----|----|--------|----------------------|
| Colonoscopia | NO | SI | Fecha: | ¿Removieron Pólipos? |
|--------------|----|----|--------|----------------------|

| | | | |
|---|----|----|-----------|
| ¿Le han dicho a algún miembro de su familia (padres, hermanos/as, hijos/as) que tienen cáncer del colón, cáncer rectal o pólipos en el colón? | SI | NO | ¿Cuántos? |
|---|----|----|-----------|

¿Cuántos miembros de su familia tenían menos de 60 años cuando les diagnosticaron el cáncer del colón?

SI ESTA APLICANDO PARA UN PAPANICOLAU O UN MAMOGRAMA GRATIS

| | | | | | |
|---------------------------------|----|----|-----------------------------------|----|----|
| ¿Le hicieron una histerectomía? | SI | NO | ¿Le removieron el cuello uterino? | SI | NO |
|---------------------------------|----|----|-----------------------------------|----|----|

| | | | |
|-----------------------------|----|----|----------|
| ¿Ha tenido cáncer del seno? | SI | NO | ¿Cuándo? |
|-----------------------------|----|----|----------|

| | | | | |
|------------------------------------|--------|-----------------|----|----|
| ¿Cuándo fue su último Papanicolau? | Fecha: | ¿Fue irregular? | SI | NO |
|------------------------------------|--------|-----------------|----|----|

| | | | | |
|----------------------------------|--------|-----------------|----|----|
| ¿Cuándo fue su último mamograma? | Fecha: | ¿Fue Irregular? | SI | NO |
|----------------------------------|--------|-----------------|----|----|

| | | | | |
|--|--------|-----------------|----|----|
| ¿Cuándo fue su último examen clínico de los senos? | Fecha: | ¿Fue irregular? | SI | NO |
|--|--------|-----------------|----|----|

Si ha tenido usted un examen irregular en los últimos tres meses, se requiere una copia del reporte.

AUTORIZACION

Al firmar a continuación, certifico que la información que he proporcionado es correcta, de acuerdo a mis conocimientos. Tengo entendido que si soy aceptado/a en el programa, y he proporcionado información falsa deliberadamente, quizás se requiera que reembolse los beneficios recibidos. Al aceptar tomar parte en este programa, doy mi permiso a los proveedores de servicios de salud, agencias de cobros, Departamento de Salud de Wyoming, Centros para el Control y Prevención de Enfermedades y otro personal involucrado en mi cuidado, a compartir mi información médica con el objetivo de detección, diagnóstico, tratamiento, pagos, evaluación del programa, así como cualquier otro propósito permitido por la Ley de Privacidad HIPAA, tal cómo se describe en el Aviso de Práctica de Privacidad (NoPP por sus siglas en inglés). Información sobre el WDH NoPP puede encontrarse en la página de internet del Departamento de Salud de Wyoming: www.health.wyo.gov o puede solicitar un ejemplar llamando al: 1-800-264-1296.

| | |
|----------------------|--------|
| Firmar del Paciente: | Fecha: |
|----------------------|--------|

Nombre Escrito:

Por favor envíe la aplicación a través del correo electrónico, correo o un fax:

Dirección de Correo: **Wyoming Integrated Cancer Services**
6101 Yellowstone Road, Suite 510
Cheyenne, WY 82002

Fax: 307-777-3765

Correo Electrónico: wdh.cancerservices@wyo.gov

Si tiene usted alguna pregunta o preocupación contacte a el programa llamando al: 1-800-264-1296 o visite nuestra página de internet: www.health.wyo.gov/publichealth/prevention/cancer

| | | | |
|-------------------------|----------|--------|-----------|
| Office use only: | Approved | Denied | Date: |
| Staff Notes: | | | State ID: |
| | | | Ref Loc: |
| | | | |