



Formulario de Matrícula para Programas de Chequeo de Colorectal, Mama, y Cerviz

información del aplicante

| | | | |
|--|-----------------------------|--------------------------------------|--------------|
| Nombre, Iniciales, Apellido: | | Fecha de Nacimiento: | Edad: |
| Género: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre Transgénero <input type="checkbox"/> Mujer Transgénero | | No. de Seguro Social (si se aplica): | |
| Teléfono de la Casa: | Teléfono Celular: | Teléfono del Trabajo: | |
| Dirección Postal: Casilla Postal: No. de Apartamento: | | Dirección de correo electrónico: | |
| Ciudad: | Estado: | ZIP Code: | |
| Contacto Alternativo/Parentesco: | | Teléfono del Contacto Alternativo: | |
| Qué raza / etnia es usted? (Marque todo lo que corresponda) | | | |
| Indio Americano | Blanco | Asiático | Desconocido |
| Negro/Afroamericano | Islas del Pacifico/Hawaiano | Hispano/Latino | Otro: |
| ¿Cuál es su idioma primario? | | ¿Usted necesita intérprete? | SÍ NO |
| ¿Has sido residente de Wyoming por al menos 1 (un) año? | | SÍ NO | |
| ¿Actualmente fuma/usa productos de tabaco? <i>Esto no afecta la elegibilidad.</i> | | SÍ NO | |
| ¿Cuántas personas viven en su hogar? | | | |
| ¿Cuál es el ingreso bruto mensual de su hogar (antes de impuestos)? <i>Asegúrese de incluir todos los ingresos de todos los miembros del hogar.</i> | | | |

¿Cómo escuchó del programa? (Marque todo lo que corresponda)

| | | |
|----------------------------------|---|-------------------|
| Proveedor de cuidado de la salud | Navegador paciente | Correo/Volante |
| Servicios de Salud de la India | Servicios de Recursos para Cáncer de WY | Sitio Web |
| Enfermera de salud pública | Familia/Amigos | Televisión/Radio |
| Clínica gratuita | Feria de la Salud/ Evento Comunitario | Periódico/Revista |
| Otro: | | |

Por favor, provea información sobre el estatus de su seguro médico

| | |
|------------------------------------|--|
| ¿Actualmente tiene seguro privado? | SÍ NO |
| ¿Tiene Medicaid? | SÍ NO |
| ¿Tiene Medicare? | ¿Sólo Parte A? o Parte A y B NO |

Por favor, provea información sobre su proveedor médico

| | | |
|--------------------------------|---------|---------|
| Nombre del Proveedor de Salud: | | |
| Clínica de Servicios de Salud: | | |
| Teléfono: | Ciudad: | Estado: |

Favor de completar si usted está solicitando colonoscopia gratis

¿Alguna vez le han diagnosticado alguna de estas condiciones? Marque todo lo que corresponda:

| | | |
|--------------------------|--------------------------------------|---|
| Cáncer del colon o recto | Enfermedad de Crohn | Poliposis Adenomatosa Familiar |
| Colitis Ulcerosa | Enfermedad de Intestino Inflamatorio | Cáncer no Poliposis Colorrectal Hereditaria |

¿Alguna vez ha tenido una de los siguientes análisis?

| | | | | | | | |
|--|----|----|--------|----------------|--------------|----------|-------|
| Sangre Oculta en Heces (FOBT) o Análisis FIT | NO | SÍ | Fecha: | FIT Resultado: | Positiv o | Negativo | No sé |
|--|----|----|--------|----------------|--------------|----------|-------|

| | | | | |
|--------------|----|----|--------|---------------------------|
| Colonoscopia | NO | SÍ | Fecha: | ¿Hubo pólipos extirpados? |
|--------------|----|----|--------|---------------------------|

| | | | |
|---|----|----|-----------|
| ¿Se ha dicho a algún miembro de la familia (padres, hermanos, hijos) que tiene cáncer de colon o rectal o pólipos de colon? | SÍ | NO | ¿Cuántos? |
|---|----|----|-----------|

¿Cuántos de esos miembros de la familia eran menores de 60 años cuando se les diagnosticó cáncer de colon?

Favor de completar si usted está solicitando una mamografía o Papanicolaou

| | | | | | |
|--------------------------|----|----|----------------------------------|----|----|
| Ha tenido Histerectomía? | SÍ | NO | Si sí, ¿fue extirpada su cerviz? | SÍ | NO |
|--------------------------|----|----|----------------------------------|----|----|

| | | | |
|----------------------------|----|----|-----------------|
| ¿Ha tenido cáncer de mama? | SÍ | NO | Si sí, ¿cuándo? |
|----------------------------|----|----|-----------------|

| | | | | |
|-------------------------------------|--------|---------------|----|----|
| ¿Cuándo fue su último Papanicolaou? | Fecha: | ¿Fue anormal? | SÍ | NO |
|-------------------------------------|--------|---------------|----|----|

| | | | | |
|-----------------------------------|--------|---------------|----|----|
| ¿Cuándo fue su última mamografía? | Fecha: | ¿Fue anormal? | SÍ | NO |
|-----------------------------------|--------|---------------|----|----|

| | | | | |
|--|--------|---------------|----|----|
| ¿Cuándo fue su último examen clínico de senos? | Fecha: | ¿Fue anormal? | SÍ | NO |
|--|--------|---------------|----|----|

| | | |
|---|----|----|
| ¿Alguna vez ha recibido terapia hormonal? | SÍ | NO |
|---|----|----|

Evaluación del Riesgo de Cáncer de Mama

¿Le han dicho que tiene una mutación genética del gen conocido como BRCA1 o BRCA1 o BRCA2? SÍ NO

¿Su mamá, hermana, o hija han sido diagnosticadas con cáncer del seno antes de la menopausia, o quien tenga una mutación genética del gen BRCA1 o BRCA2? SÍ NO

¿Antes de la edad de los 30 años, tiene un historial de radiación en el área de su pecho? SÍ NO

Autorización

Al firmar a continuación, estoy certificando que la información que he proporcionado es exacta a mi mejor saber y entender. Entiendo que si soy aceptado en este programa y he proporcionado información falsa a sabiendas, es posible que tenga que pagar los beneficios que he recibido. Al aceptar participar en este programa, doy mi permiso a los proveedores de atención médica, agencias de facturación, el Departamento de Salud de Wyoming, los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades y otras personas involucradas en mi cuidado para compartir información médica obtenida de mí con el propósito de Así como para cualquier otro propósito permitido por la Regla de Privacidad de HIPAA, como se describe en la Notificación de Prácticas de Privacidad de la WDH (NoPP). El NoPP WDH se puede encontrar en el sitio web del Departamento de Salud de Wyoming en www.health.wyo.gov o se puede solicitar una copia llamando al 1-800-264-1296.

Firma del Paciente:

Fecha:

Nombre con letra de molde:

Envíe la solicitud por correo electrónico, correo o fax:

Dirección: **Wyoming Cancer Program**
122 West 25th Street, 3rd Floor West
Cheyenne, WY 82002

Fax: 307-777-3765

Correo Electrónico: wdh.cancerservices@wyo.gov

Si tiene alguna pregunta o inquietud, comuníquese con el programa al 1-800-264-1296 o visite nuestro sitio web:

www.health.wyo.gov/cancer.

| | | | |
|-------------------------------------|----------|--------|-----------------------|
| Uso exclusivo de la Oficina: | Approved | Denied | Date: |
| Staff Notes: | | | State ID: Ref Loc: |