**Formulario de información e inscripción para pacientes**

<< clinic logo>>

<< clinic contact information>>

**Para recibir un kit FIT, debe cumplir con los siguientes requisitos:**

* Ser residente de Wyoming y tener entre 45 y 75 años.
* No haberse realizado una colonoscopía durante los últimos 10 años, un análisis de materia fecal (prueba  inmunoquímica fecal [fecal immunochemical test, kit FIT]/sangre oculta en materia fecal [fecal occult blood test,  FOBT]) durante el último año ni una prueba de ADN en materia fecal (prueba inmunoquímica fecal con análisis de  ADN [FIT-DNA]) durante los últimos tres años.
* No tener antecedentes de úlceras sangrantes ni hemorroides.
* No presentar síntomas en la actualidad, como hemorragias o sangre en la materia fecal.
* Ser una persona con riesgo promedio.
* No tener antecedentes personales de cáncer colorrectal ni pólipos adenomatosos (precancerosos).
* No tener antecedentes personales de enfermedad intestinal inflamatoria (colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn).
* No tener antecedentes familiares de cáncer colorrectal o pólipos, ni un síndrome de cáncer colorrectal hereditario,  como la poliposis adenomatosa familiar o el síndrome de Lynch (cáncer de colon hereditario sin pólipos).

**Datos sobre los kits FIT:**

* El kit permite detectar pequeñas cantidades de sangre en la materia fecal.
* Si se hace la prueba todos los años, esta puede ser de ayuda para detectar pólipos y cáncer antes de que se conviertan en un problema.
* Se realiza en casa y se analiza en la Oficina de Enfermería de Salud Pública (Public Health Nursing, PHN).
* Si los resultados del kit FIT no son normales, puede que deba realizarse una colonoscopía.

**¿Cómo uso el kit FIT?**

* Guarde el kit en el baño para tenerlo al alcance de la mano cuando deba utilizarlo.
* Siga las instrucciones detalladas en el kit.
* Después de recolectar la muestra, escriba la fecha en que recolectó la muestra en la bolsa del vial, coloque la muestra y la parte inferior de esta hoja en el sobre y envíe el sobre a la clínica que proporcionó la prueba por correo postal a la siguiente dirección:<< Enter Clinic Address>>

El uso de la información proporcionada a continuación estará a cargo de << enter clinic name >> para procesar su kit y  comunicarse con usted para informarle los resultados. El personal de la clínica mantendrá la confidencialidad de toda la  información de la prueba de detección. Si tiene alguna pregunta, utilice los siguientes datos para comunicarse: <<enter clinic contact information>>

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| FIT Kit Number: | PHN Office Information: | | |
| Nombre (First Name): | | Apellido (Last Name): | |
| Fecha de Nacimiento (DOB): | | Año en que se realizó la prueba anterior (si la sabe)  (Year of Prior Screening if known): | |
| Dirección postal (Address): | | | |
| Ciudad (City): | Código postal (Zip Code): | | Teléfono (Phone): |
| Tipo de seguro (encierre en un círculo): Medicaid Programa contra el Cáncer de Wyoming Otro:  (Insurance Type: Medicaid Wyoming Cancer Program Other) | | | |
| \* Al aceptar este kit FIT, usted reconoce que podrá tomar la muestra y enviarla en el sobre incluido, en un plazo de 30 días. La realización de la prueba  del kit FIT no tiene costo para usted. Los resultados se le informarán por carta o llamada telefónica. | | | |
| Firma del paciente (Patient Signature): | | | Fecha (Date): |