



Formulario de Matrícula para Programas de Chequeo de Mama y Cerviz

Me estoy inscribiendo en: **Mama y Cerviz (WCCEDP)** Y/o **Colorectal (WCCSP)** o **Ambos**

información del aplicante

Nombre, Iniciales, Apellido:		Natalicio:	Edad:
Un círculo: MASCULINO FEMENINO	Teléfono Principal:		Teléfono secundario:
Dirección actual:		Condado:	
Ciudad:	Estado:	ZIP Code:	
Contacto Alternativo/Parentesco:		Teléfono:	
Dirección de correo electrónico:			
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?			
¿Has sido residente de Wyoming por al menos 1 (un) año?		SÍ	NO
¿Actualmente fuma/usa productos de tabaco?		SÍ	NO

¿Cómo escuchó del programa?

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:		

Información del Proveedor

Nombre del Proveedor de Salud(<i>Si se aplica</i>):		
Teléfono:	Ciudad:	Estado:

Información del seguro

¿Actualmente tiene seguro privado?	SÍ	NO
Tiene Medicaid?	SÍ	NO
Tiene Medicare? ¿Sólo Parte A? o Parte A y B	NO	
¿Cuál es el ingreso bruto mensual de su hogar (antes de impuestos)? <small>Asegúrese de incluir todos los ingresos de todos los miembros del hogar.</small>		
¿Cuántas personas viven en su hogar?		

Si 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:	Positivo	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?

Si 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
--	--------	---------------	----	----

Si ha tenido un examen anormal en los últimos tres meses, se requiere una copia del informe.

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 Integrated Cancer Services
6101 Yellowstone Road, Suite 510
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/publichealth/prevention/cancer

Uso exclusive de la Oficina:	Approved	Denied	Date:
Staff Notes:			State ID:
			Ref Loc: