

Información del Paciente

(El paciente mantiene esta parte)

- ❖ Gracias por completar el paquete de inscripción.
- ❖ Por favor, asegúrese de que todas las páginas que necesitan firmas han sido firmados, y los ingresos han sido escritas. Por favor, que alguien firme la línea de testimonio.
- ❖ Si alguno de los mencionados no es completada, tardará más tiempo en procesar el paquete.
- ❖ Después de que recibamos el paquete, podemos llamar con preguntas.
- ❖ Después de verificar su elegibilidad para nuestro programa, su información será remitida a la pareja de médicos que ha seleccionado.
- ❖ Usted será contactado directamente por UMC o Covenant para configurar su cita.
- ❖ Por favor, espere hasta diez días para que ellos le hablen. Es posible que tengan preguntas adicionales, por favor esté preparado para la llamada telefónica que pueden ser varios minutos.
- ❖ Después de 10 días hábiles, si no ha escuchado directamente de UMC o Covenant, póngase en contacto con ellos. Usted necesitará saber su fecha de nacimiento y el nombre del médico o clínica.
- ❖ Después que le hagan su cita, por favor llame al UMC o Covenant para las direcciones, para preguntas o para cambiar la hora de la cita.

Números de Teléfono Importantes:

YWCA WHI (806)687-8858

Covenant Arrington Comprehensive Breast Center (806)725-7908

UMC Breast Imaging (806)775-8660

Para obtener asistencia visita seguro médico el siguiente sitio web:

<https://www.healthcare.gov/>

O llame al 1-800-318-2596 para preguntas o asistencia adicional.

YWCA of Lubbock
Women's Health Initiative

**Formulario de Inscripción
Iniciativa para la salud de las Mujeres**

Fecha: _____ Nombre(apellido,nombre,segundo nombre, apellido de soltera) _____

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ SS#: _____

Dirección Postal: _____ Ciudad: _____

Código Postal: _____ Condado: _____ Número de teléfono: _____

Podemos texto usted? S ___ N ___ Esta empleada? S ___ N ___ Podemos llamarle en su trabajo? S ___ N ___

Donde trabaja?: _____ Teléfono del trabajo _____ Ext: _____

Días y horas que trabaja: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Contacto Alterno: _____ Relación: _____ Número de teléfono: _____

Información del cliente :

Mujer: ___ Hombre: _____ Otro (especificar): _____

Etnicidad: Hispana o Latina: _____ No Hispana o Latina: _____

Raza: Negra: ___ Blanca ___ India Americana ___ Asiática ___ Otra(especificar) _____

Idioma más hablada: Ingles _____ Español _____ Otra (especificar) _____

Nació en Estados Unidos? S ___ N ___ Si no, en donde nació: _____

Si no, eres residente legal: S ___ N ___ ¿desde cuándo? (Mes, día, año): _____

Número de personas que viven en el hogar: ___ Ingresos mensuales totales (típico) _____

Tiene Medicare: S ___ N ___ Medicaid S ___ N ___ Medicaid de mujer: S ___ N ___ Seguro S ___ N ___

Recebéis cualquier asistencia médica financiera (especificar) _____

Cuántas veces ha usado YWCA WHI para acceso a la salud del seno servicios de detección?

Primera Vez ___ Segunda Vez ___ Tercera Vez ___ Mas que tres veces (escriba el numero) ___

Que es el último año que asistió a la escuela:

GED ___ Diploma de secundaria ___ Un poco de colegio ___ Titulo de colegio ___ Ninguna ___

Preferencia de Proveedor

Si usted fue referida para un mamografía de detección, compruebe el proveedor que usted prefiere.

UMC Breast Imaging ___ Covenant's Joe Arrington Comprehensive Breast Center ___

Covenant's Mobile Unit ___

Historia de Examen Cervical

Fecha de su ultimo Papanicolaou: _____ Resultado? Negativo ___ Anormal ___ Desconocido ___
Alguna vez ha tenido un Papanicolaou anormal que requiere un seguimiento: S ___ N ___ Cuando: _____
Alguna vez has tenido: HPV ___ HIV ___ Displasia Cervical/Cáncer ___ Immuno - Comprised
Estas embarazada: Y ___ N ___ En caso afirmativo, cuando nace: _____ Está post menopáusicas Y ___ N ___

Historia de Proyección de los Senos

Ha tenido un mamografía anteriores: S ___ N ___ Si, si la fecha _____ Endonde _____
Resultados : Normal _____ Anormal _____ Desconocida _____
Ha tenido una biopsia de senos: S ___ N ___ Si, si que tipo _____ Cual seno _____
Ha tenido cáncer de seno: S ___ N ___ No estoy segura ___
Si, si cuándo? (mes, día, ano) _____
Han tenido su madre, hermana, hija cáncer de los senos: S ___ N ___
Si, si a qué edad se le diagnosticó? _____
Ha tenido una histerectomía: S ___ N ___ Si, si cuándo? _____

Historia de Proyección Medica

Tienes alguna incapacidad: S ___ N ___ Si la respuesta es si, explique _____
Tienes historia de fumar: S ___ N ___ Si la respuesta es si, por cuanto tiempo _____ Cuantos por día: _____
Es usted sexualmente atraído por los:
Heterosexual _____ Bisexual _____ Lesbiana _____ Transgénero _____
Número de embarazos _____ Número de nacimientos _____ Edad al primer nacimiento _____
Cual fue la fecha de su último menstrual: _____ Edad de primera menstruación _____

Iniciativa de salud de las mujeres de la YWCA

Nosotros no discriminamos contra ninguna persona en base a raza, color, origen natural, sexo, edad, religion o discapacidad; en nuestro programa de servicios.

Consentimiento para Servicio

Por mi firma abajo, yo consiento a servicios proporcionados por el Seno y Programa Cervical de Iniciativa de Salud del YWCA de Lubbock necesario para el descubrimiento temprano de seno y cancer cervical.

Consienta para la Liberación de Información

Yo por la presente autorizo University Medical Center, Texas Tech University Health Sciences Center, Joe Arrington Cancer Center, Covenant Health Systems, Covenant Medical Group, o Sistemas de Salud de Convenio y/o mi dispensario privado de medico/asistencia sanitaria para Revelar un reporte de cualquier investigacion O procedimientos diagnosticos hechos para el proposito de descubrimiento temprano de cáncer seno/cervical a los proveedores médicos referidos y/o mi dispensario privado de la médico/asistencia sanitaria.

La revelación de información autorizo en esto es causada el proposito de seguimiento. Deba necesito procedimientos diagnosticos adicionales y tal revelacion será limitada a los tipos específicos siguientes de información:

- Los resultados de seno clínico y/o examen cervical, resultados de investigacion de mamografía, resultados de Papanicolaou, la biopsia resulta y más procedimientos diagnosticos necesarios para el descubrimiento temprano de cáncer seno/cervical.
- Estoy de acuerdo a datos demográficos no identificable ser utilizado por la YWCA para la elaboracion de informes

Comprendo que mi participacion en la Iniciativa de salud de las mujeres de la YWCA que seré pedido se tener evaluacion o iniciacion adicionales de tratamiento si cualquier anormalidad es encontrada en mi Papanicolaou o el mamografía. Concuero en embalar gestion y probando aún más hasta que un diagnostico final sea hecho.

Concordando en recibir servicios por la Iniciativa de salud de las mujeres de la YWCA, yo comprendo que acepto la liberacion de informacion al Medicamento-Lo (Informacion Medica que Rastrea Sistema) registra sistema así como al YWCA de Lubbock.

* _____
Firma de Cliente

La Fecha de Firma

El Nombre Impreso de Cliente

* _____
Presencia Firma (alguien más que cliente)

La Fecha de Firma

**División de Servicios de Salud Familiar y Comunitaria del Departamento Estatal
de Servicios de Salud (DSHS)**



Formulario para la participación FAMILIAR

Use with HOUSEHOLD Worksheet (Form EF05-13227)

PARTE I - INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre (apellido, primer nombre, segundo nombre)		Número telefónico		Correo electrónico	
Domicilio en Texas (nombre de la calle o número de apartado postal)		Ciudad	Condado	Estado	Código postal

a) Por favor contácteme por: (marque todo lo que corresponda) Correo postal Teléfono Correo electrónico

b) ¿Tiene usted o alguien de su familia cobertura médica integral (Medicaid, Medicare, CHIP, seguro médico, VA, TRICARE, etc.)? Sí No

*Si contestó que sí, el representante autorizado del DSHS presentará una reclamación de reembolso ante su compañía de seguro médico por las prestaciones, los servicios o la asistencia que cualquier persona en su hogar haya recibido.

c) ¿Qué tipo de prestaciones o de cobertura médica tiene? (marque todo lo que corresponda)

- CHIP Perinatal SNAP WIC
 Medicaid para mujeres embarazadas TWHP Ninguno

PARTE II - INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

Llene la primera línea con su información personal. Llene las demás líneas con los datos de cada persona que vive con usted y de quien usted sea legalmente responsable.

Nombre (apellido, primer nombre, segundo nombre)	Número de Seguro Social (SSN) (opcional)	Fecha de nacimiento	Sexo	Raza	Origen étnico	Relación
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

PARTE III - INFORMACIÓN SOBRE LOS INGRESOS

Enumere abajo todos los ingresos de la familia. Incluya los siguientes: cheques del gobierno; dinero del trabajo; dinero que obtiene por el cargo de alojamiento y comida; regalos en efectivo, préstamos o contribuciones de los padres, familiares, amigos y otros; ingresos que recibe de un patrocinador; becas o préstamos escolares; manutención de menores e ingresos por desempleo.


Nombre de la persona que recibe el dinero	Nombre de la agencia, la persona o el empleador que provee el dinero	Cantidad recibida al mes

PARTE IV - ACUERDO DEL SOLICITANTE

He leído las declaraciones de **Derechos y Responsabilidades** en la sección de *Instrucciones* de este formulario. Sí No

La información que aquí proporciono, incluidas mis respuestas a todas las preguntas, es verídica y correcta, según mi leal saber y entender. Acepto darle al personal que determina el derecho a la participación cualquier información que sea necesaria para comprobar mis declaraciones respecto a mi derecho a la participación. Entiendo que dar información falsa podría dar por resultado la descalificación y el reembolso.

Autorizo al Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas (DSHS) y al Proveedor a que dispongan libremente de toda la información que proporciono, incluida la información sobre los ingresos y la médica, con el fin de que determinen mi derecho a la participación y a que paguen o presten servicios a mi familia o a mí.

 Firma del solicitante _____ Fecha _____

Firma de la persona que ayudó a completar esta solicitud _____ Relación con el solicitante _____ Fecha _____

Servicios de Cáncer de Seno y Cervical de Texas (BCCS)
Formulario de información comprehensiva para la administración de casos

Contratista:	Administrador del caso:	Número de identificación del paciente:	Número del expediente:
---------------------	--------------------------------	---	-------------------------------

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:	Teléfono de día:
Nombre de contacto alternativo:	Relación:	Teléfono de día:

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Entiendo que puedo tener la evaluación continua de necesidades y la planificación de coordinación y estoy de acuerdo con la evaluación adicional si alguno de mis resultados son anormales.

Firma: _____ **Fecha:** _____

INFORMACIÓN DE EVALUACIÓN

Fecha de comienzo:	Resultados de examinación/diagnóstico:	
Razón de comienzo	Barreras	Actividades
<input type="checkbox"/> Aplicación de MBCC <input type="checkbox"/> Tratamiento de la displasia cervical <input type="checkbox"/> Diagnostico de mama <input type="checkbox"/> Diagnostico cervical	<input type="checkbox"/> Cuidado de los niños <input type="checkbox"/> Miedo <input type="checkbox"/> Barrera de idiomas <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Educación <input type="checkbox"/> Transportación <input type="checkbox"/> Recursos económicos <input type="checkbox"/> Psicosocial <input type="checkbox"/> Trabajo/Horario <input type="checkbox"/> Problemas de familia <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Proveer educación <input type="checkbox"/> Referencia de Asistencia Financiera <input type="checkbox"/> Referencia de Trabajo Social <input type="checkbox"/> Apoyo psicosocial <input type="checkbox"/> Traductor/servicios de idioma <input type="checkbox"/> Programar cita <input type="checkbox"/> Referencia de asistencia de transporte <input type="checkbox"/> Referencia de recursos de la comunidad <input type="checkbox"/> Flexibilidad de hora y lugar de la cita <input type="checkbox"/> Referencia de cuidado de niños <input type="checkbox"/> Referencia de recursos de embarazo <input type="checkbox"/> Otro _____

REFERENCIAS Y SEGUIMIENTO

Actividad	Servicio proveído	Fecha de servicio	Fecha de seguimiento	Resultado del servicio

FECHA DE CASO CERRADO: _____ **RAZÓN DE CASO CERRADO:** _____