

**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: \_\_\_\_\_

Contacto Alternativo: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Numero de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Mujer: \_\_\_ Hombre: \_\_\_ Otro (especificar): \_\_\_\_\_

Etnicidad: Hispana o Latina: \_\_\_ No Hispana o Latina: \_\_\_\_\_

Raza: Negra: \_\_\_ Blanca \_\_\_ India Americana \_\_\_ Asiática \_\_\_ Otra(especificar) \_\_\_\_\_

Idioma mas hablada: Ingles \_\_\_ Español \_\_\_ Otra (especificar) \_\_\_\_\_

Nació en Estados Unidos? S \_\_\_ N \_\_\_ Si no, en donde nació: \_\_\_\_\_

Cuanto tiempo tiene en Los Estados Unidos? \_\_\_\_\_ Eres residente legal: S \_\_\_ N \_\_\_

En caso afirmativo, ¿desde cuándo? (Mes, día, año): \_\_\_\_\_

Cómo describiría al área donde usted vive? Ciudad \_\_\_ Rural \_\_\_ Suburbio \_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Número de personas que viven en el hogar: \_\_\_ Ingresos mensuales totales (típico) \_\_\_\_\_

Fuentes de ingresos: Trabajo \_\_\_ Retiramiento \_\_\_ SSI \_\_\_ Desempleo \_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Tiene Medicare: S \_\_\_ N \_\_\_ Medicaid S \_\_\_ N \_\_\_ Seguro S \_\_\_ N \_\_\_ Medicaid de mujer: S \_\_\_ N \_\_\_

Recebeis cualquier asistencia médica financiera (especificar) \_\_\_\_\_

Estado residencial (hogar): Propio \_\_\_ Renta \_\_\_ Refugio \_\_\_ Otro(especificar) \_\_\_\_\_

Que es el último año que asistió a la escuela:

GED \_\_\_ Diploma de secundaria \_\_\_ Un poco de colegio \_\_\_ Título 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 \_\_\_

Si usted nunca ha tenido un Papanicolaou o no ha tenido uno en los últimos 3 años. Porque no?

\_\_\_ Doctor no ha recomendado \_\_\_ Miedo de encontrar algo \_\_\_ No creo que encontraría algo \_\_\_ No tengo transporte

\_\_\_ No hay cáncer en mi familia \_\_\_ Demasiado embarazosa \_\_\_ No sabía que debería \_\_\_ Demasiado caro

\_\_\_ Demasiado doloroso \_\_\_ Nada malo con migo \_\_\_ Demasiada joven \_\_\_ Otro

Alguna vez ha tenido un Papanicolaou anormal que requiere un seguimiento: S \_\_\_ N \_\_\_ Cuando: \_\_\_\_\_

Alguna vez has tenido: HPV \_\_\_ HIV \_\_\_ Displasia Cervical/Cáncer \_\_\_ Inmuno - Comprimised

Estas embarazada: Y \_\_\_ N \_\_\_ En caso afirmativo, cuando nace: \_\_\_\_\_ Está post menopáusicas Y \_\_\_ N \_\_\_

---

### Historia de Proyección de los Senos

No incluido el día de hoy, Cuando fue su último examen de los senos hecho por un doctor o enfermera:

Nunca \_\_\_ Menos de un año \_\_\_ 1-2 año \_\_\_ 2 O más años \_\_\_ No estoy segura \_\_\_

Alguna vez le han enseñado a examinar sus senos: S \_\_\_ N \_\_\_

Cuántas veces se examina usted misma sus senos:

Mas que una vez por mes \_\_\_ Una vez por mes \_\_\_ Pocas veces por año \_\_\_ Casi nunca \_\_\_ Nunca \_\_\_

Alguna vez un médico le dijo que usted tiene senos denso: Y \_\_\_ N \_\_\_

Sabía usted sobre las mamografías antes de hoy: Y \_\_\_ N \_\_\_

---

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 te hizo venir a YWCA WHI para servicios de los senos o cervical (marque todos lo que se aplican):

\_\_\_ Preocupada por mi salud \_\_\_ Bajo costo/Servicio gratis \_\_\_ Personal amable y saludable \_\_\_ Cuteramente sensitivo

\_\_\_ Estímulo de la familia \_\_\_ Proveedor de cuidado de la salud \_\_\_ Anuncio \_\_\_ Otro

---

### 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:

Lesbiana/Gay \_\_\_ Renunciar a exponer \_\_\_ Ninguno de estos \_\_\_ Otro (explique) \_\_\_\_\_

Marque cualquiera de las siguientes la han diagnosticado con:

Alta presión \_\_\_ Diabetes \_\_\_ Enfermedad cardiaca \_\_\_ Insuficiencia cardiaca congestiva \_\_\_ Ninguno \_\_\_

En el pasado año, donde ha ido para la salud (marque todas que se aplican):

\_\_\_ Sala de Emergencia \_\_\_ Centro de Plan de Familia \_\_\_ Departamento de Salud \_\_\_ Centro de Salud de la Comunidad

\_\_\_ Medico Privado \_\_\_ Clínica Tribal \_\_\_ Curandero Tradicional \_\_\_ Clinica de Hospital \_\_\_ Otro \_\_\_ Ninguno

**Patient Name** \_\_\_\_\_ **MRN #** \_\_\_\_\_ **Age** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_

Ha tenido un mamografía anteriores: S\_\_\_ N\_\_\_ Si, si la fecha \_\_\_\_\_ Endonde \_\_\_\_\_

Si no, Porque (explique) \_\_\_\_\_

Ha tenido cirugía de los senos: S\_\_\_ N\_\_\_ Si, si que tipo \_\_\_\_\_ Cual seno \_\_\_\_\_

Ha tenido una biopsia de senos: S\_\_\_ N\_\_\_ Si, si que tipo \_\_\_\_\_ Cual seno \_\_\_\_\_

Ha tenido una aspiración con aguja: S\_\_\_ N\_\_\_ Si, si cual seno \_\_\_\_\_

Ha tenido cáncer de seno: S\_\_\_ N\_\_\_ No estoy segura \_\_\_\_\_

Si, si fecha \_\_\_\_\_ Ha tenido tratamiento de radiación de los senos: S\_\_\_ N\_\_\_

Han tenido su madre, hermana, hija cáncer de los senos: S\_\_\_ N\_\_\_

Ha tenido una ooforectomia (extracción de los ovarios): S\_\_\_ N\_\_\_ Si, si fecha \_\_\_\_\_

Ha tenido una histerectomía: S\_\_\_ N\_\_\_ Si, si fecha \_\_\_\_\_

Ha tenido una ligadura de los tubos: S\_\_\_ N\_\_\_ Si, si fecha \_\_\_\_\_

Número de embarazos \_\_\_\_\_ Número de nacimientos \_\_\_\_\_ Edad al primer nacimiento \_\_\_\_\_

Si estad casada, ha tenido su marido una vasectomía: S\_\_\_ N\_\_\_ Si, si fecha \_\_\_\_\_

---

**Presente Problemas de los Senos**

Tiene actualmente algún problema de los senos: S\_\_\_ N\_\_\_

Ha detectado un bulto en los senos: S\_\_\_ N\_\_\_ Si, si cuando \_\_\_\_\_

En cual seno \_\_\_\_\_ Cuanto tiempo ha estado presente: \_\_\_\_\_

Tienes secreción del pezón: S\_\_\_ N\_\_\_

Si, si cual seno \_\_\_\_\_ Que color: \_\_\_\_\_ Por cuánto tiempo \_\_\_\_\_

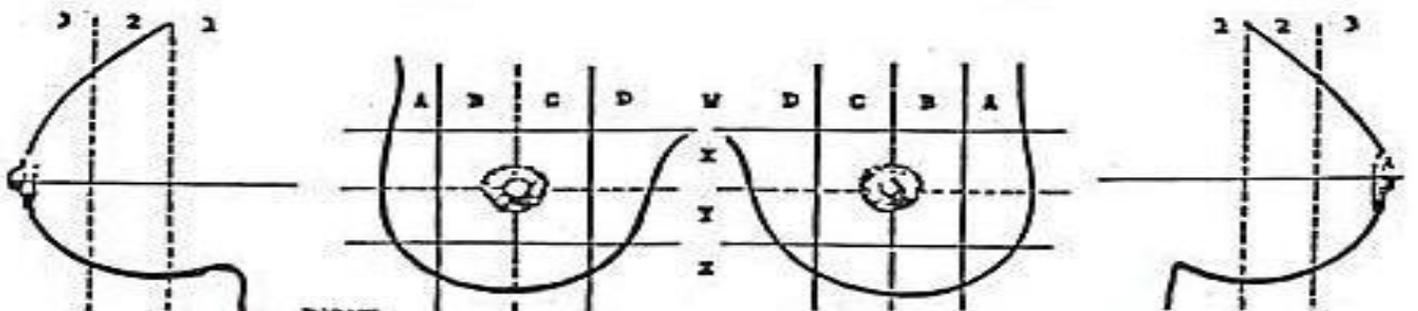
Tiene dolor en sus senos: S\_\_\_ N\_\_\_ Si, si cual seno: \_\_\_\_\_ Por cuánto tiempo: \_\_\_\_\_

---

Toma píldoras anticonceptivas: S\_\_\_ N\_\_\_ Si, si que tipo \_\_\_\_\_ Fechas tomadas \_\_\_\_\_

Toma píldoras de hormonas: S\_\_\_ N\_\_\_ Si, si que tipo \_\_\_\_\_ Fechas tomadas \_\_\_\_\_

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 investigación o procedimientos diagnósticos hechos para el propósito de descubrimiento temprano de cáncer seno/cervical a los proveedores médicos referidos y/o mi dispensario privado de la medico/asistencia sanitaria.

La revelación de información autorizada en esto es causada el propósito de seguimiento. Deba necesito procedimientos diagnósticos adicionales y tal revelación será limitada a los tipos específicos siguientes de información:

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

Comprendo que mi participación en la Iniciativa de salud de las mujeres de la YWCA que será pedido se tener evaluación o iniciación adicionales de tratamiento si cualquier anomalía es encontrada en mi Papanicolaou o el mamografía. Conuerdo en embalar gestión y probando aun mas hasta que un diagnóstico final sea hecho.

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

 \_\_\_\_\_  
Firma de Cliente

\_\_\_\_\_  
La Fecha de Firma

\_\_\_\_\_  
El Nombre Impreso de Cliente

 \_\_\_\_\_  
Presencie 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



**Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas**  
**Programa para el control del cáncer cervical y del cáncer del seno**  
**Formulario de información comprehensiva para la administración de casos**

Contratista, Nombre de la clínica:	Administrador del caso:	Número de identificación del paciente:	Número del expediente:
------------------------------------	-------------------------	--	------------------------

**INFORMACIÓN DEL CLIENTE**

Nombre:	Fecha de nacimiento:	Número de Seguro Social:	Teléfono durante el día:	
Resultados de exámenes o diagnóstico:		Información sobre otra persona de contacto:		
	Nombre:	Dirección:	Teléfono:	Relación:

**INFORMACIÓN DE EVALUACIÓN**

Evaluación de los recursos sociales	Estatus de atención médica/servicios	Evaluación de educación y asesoramiento
<input type="checkbox"/> Apoyo social (por ejemplo: familia, iglesia, amigos) <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Hogar médico <input type="checkbox"/> Transportación <input type="checkbox"/> Barrera de idiomas <input type="checkbox"/> No puede salir del trabajo <input type="checkbox"/> Cuidado de niños <input type="checkbox"/> Hacer una cita <input type="checkbox"/> Recursos económicos <input type="checkbox"/> Curación alternativa <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Preocupación sobre el procedimiento (por ejemplo: incomodidad, dolor) <input type="checkbox"/> Vergüenza <input type="checkbox"/> Miedo al cáncer <input type="checkbox"/> Abrumada por la información <input type="checkbox"/> Sensaciones de enojo, tristeza <input type="checkbox"/> Relación con su cónyuge/sus amigos <input type="checkbox"/> Preocupación sobre las relaciones sexuales o la intimidad <input type="checkbox"/> Imagen del cuerpo <input type="checkbox"/> Costo del procedimiento <input type="checkbox"/> Pérdida del empleo <input type="checkbox"/> Otro

**FECHA DEL PLAN DE SERVICIOS**

Necesidad identificada	Servicio/Envío	Proveedor	Fecha del servicio/envío inicial	Fecha de	Resultado del servicio/envío

**DECLARACIÓN DE ENTENDIMIENTO**

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

Firma:  \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

# Información del Paciente

(El paciente mantiene esta parte)

## Próximos Pasos:

- ❖ Gracias por completar el paquete de inscripción.
- ❖ 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 Dimensions (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**