

Por favor de cumplir todo el paquete

YWCA OF LUBBOCK

INICIATIVA PARA LA SALUD DE LAS MUJERES

YWCA Iniciativa para la salud de las Mujeres
ywcalubbock.org

P.O. Box 94136, Lubbock, TX 79493
806.687.8858 | fax 806.784.0698

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Información del Cliente

Fecha _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ SSN _____

Nombre (Nombre, Segundo Nombre, Apellido, Apellido de Soltera) _____

Dirección Postal _____ Ciudad _____

Código Postal _____ Condado _____ Número de teléfono _____

Podemos texto usted? Sí No Esta empleada? Sí No

Dirección de correo electrónico _____

Raza Negra Blanca India Americana Asiática Otra (especificar _____)

Etnicidad Hispana/Latina NO Hispana/Latina

Genéro Mujer Hombre Transgénero Nonbinary Otra (especificar _____)

Cómo te identificas? Heterosexual Lesbiana Homosexual Bisexual Other _____

Idioma mas hablada Ingles Español Otra (especificar _____)

Nació en Estados Unidos? Sí No Si no, en donde nació? _____

Si no, eres residente legal? Sí No Desde cuándo? _____

Numero de personas que viven en el hogar _____ Ingresos mensuales totales (típico) \$ _____

Tiene Medicare? Sí No Medicad? Sí No Medicad de mujer? Sí No

Seguro? Sí No Recebéis cualquier asistencia médica financiera (especificar)? _____

Que es el último año que asistió a la escuela?

____ Grado GED Diploma de secundaria Titulo de colegio Ninguna

Contacto Alterno

Nombre (Nombre, Apellido) _____ Relación _____ Número de teléfono _____

Por favor de cumplir todo el paquete

YWCA DE LUBBOCK Iniciativa para la salud de las Mujeres FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN - PAGINA 2

Preferencia de proveedor (ara mamografía)

University Medical Center (UMC) Breast Imaging Covenant Joe Arrington Comprehensive Breast Center

Historia de Examen Cervical

Fecha de su ultimo Papanicolaou _____ Resultado Negativo Anormal Desconocido

Fecha de previa HPV prueba _____ Resultado Negativo Anormal Desconocido

Alguna vez ha tenido una prueba de Papanicolaou anormal? Sí No En caso afirmativo, cuándo _____

Alguna vez ha tenido cáncer de cuello uterino? Sí No En caso afirmativo, cuándo _____

Estas embarazada? Sí No En caso afirmativo, cuándo nace _____

Está post menopáusicas? Sí No

Historia de Proyección de los Senos

Te has hecho una mamografía? Sí No En caso afirmativo, cuándo? _____

Dónde? _____ Resultados Normal Anormal Desconocida

Ha tenido biopsie de senos? Sí No

En caso afirmativo, que tipo? _____ Cual seno? Izquierda Derecha

Ha tenido cáncer de seno? Sí No No estoy segura

En caso afirmativo, cuándo? _____

Han tenido su madre, hermana, hija cáncer de los senos? Sí No

En caso afirmativo, qué edad se le diagnostico? _____

Ha tenido una histerectomia? Sí No En caso afirmativo, por que y cuando? _____

Historia de Proyección Medica

Tienes alguna incapacidad? Sí No Si la respuesta es sí, explique _____

Tienes historia de fumar or vapear? De fumar Vapear

En caso afirmativo, cuanto tiempo? _____ Cuantos por día (cigarillos or bocanadas)? _____

Haz dado a luz? Sí No En caso afirmativo, edad en el primer parto _____

Por favor de cumplir todo el paquete

YWCA DE LUBBOCK Iniciativa para la salud de las Mujeres FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN - PAGINA 3

Nosotros no discriminamos contra ninguna persona en base a raza, color, origen natural, sexo, edad, religión 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 cáncer cervical.

Consienta para la Liberacion de Informacion

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

- Los resultados de seno clinico y/o examen cervical, resultados de investigacion de mamografía resultados de Papanicolaou, la biopsia resluta y más procedimientos diagosticos 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 será pedido se tener evaluacion o iniciacion adicionales de tratamiento si cualquier anormalidad es encontrada en mi Papanicolaou o el mamografia. 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 asi como al YWCA de Lubbock.

X _____
Firma de Cliente

La Fecha de Firma

El Nombre Impreso de Cliente

X _____
Presencia Firma (alguien más que cliente)

La Fecha de Firma



Servicios para el Cáncer de Seno y Cuello Uterino (BCSS) o
Programa de Planificación Familiar (FPP)
Solicitud de servicios

Por favor de cumplir todo el paquete

Sección I. Datos del solicitante

Este formulario debe utilizarse para solicitar BCCS o FPP.

Nombre (apellido, primer nombre, segundo nombre)		Sexo <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino		Fecha de nacimiento	
Grupo racial o étnico		Domicilio (calle, núm. de apartamento o apartado postal)			Ciudad
Condado	Estado	Código postal	Teléfono principal con código de área.		
Núm. de teléfono secundario y código de área		Correo electrónico			
¿Cómo se enteró de este programa? Por ejemplo, en redes sociales, por un promotor de salud comunitaria, una organización basada en la comunidad.					

Preferencias de contacto

¿Cómo podemos comunicarnos con usted? Marque todas las que apliquen <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo postal.			Idioma que prefiere: <input type="radio"/> Español <input type="radio"/> Español <input type="radio"/> Otros		
--	--	--	---	--	--

Sección II. Información sobre los miembros del hogar

Haga una lista de todos los miembros del hogar

Nombre (apellido, primer nombre, segundo nombre)	Fecha de nacimiento	Sexo	Grupo racial o étnico	Relación	
					+ -
					+ -

Sección III. Derecho automático a los servicios

Seleccione todos los beneficios que reciben usted o algún miembro de su hogar:

- Programa de Seguro Médico para Niños Perinatal (CHIP-P)
 Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)
- Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)
 Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)
- Otro

Sección IV. Ingresos del hogar

Nombre del miembro del hogar que recibe el dinero	Nombre del empleador o la persona que paga el dinero	Tipo de Ingresos	Monto recibido al mes	
				+ -
				+ -
				+ -

Tipo de deducción	Monto de la deducción

Por favor de cumplir todo el paquete

Sección V. Confirmación del solicitante

Aviso sobre la confidencialidad

Salvo en algunas excepciones, usted tiene derecho a pedir una copia de la información que el estado de Texas recopila sobre usted. Tiene el derecho de obtener y revisar la información cuando la pida. Usted también tiene derecho a pedir que una dependencia estatal corrija cualquier información que sea incorrecta según las secciones 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004 del Código Gubernamental.

Información importante para exmiembros del servicio militar

Las mujeres y los hombres que sirvieron en cualquier rama de las Fuerzas Armadas de EE. UU., el Cuerpo de Reservistas o la Guardia Nacional podrían reunir los requisitos para recibir beneficios y servicios adicionales. Para más información, visite el Portal para Veteranos de Texas en <https://veterans.portal.texas.gov>

Certificación de la cobertura

Certifico que yo, el solicitante, no tengo ninguna otra cobertura aparte de las que se indican en la sección de información sobre el seguro de esta solicitud.

Iniciales

Declaración sobre la divulgación de información

Autorizo la divulgación de información médica y de ingresos entre la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas y el proveedor, según sea necesario, para determinar mi derecho a los servicios, coordinarlos, prestarlos y cobrar por ellos.

Iniciales

Declaración sobre la divulgación de información

La entidad que recibe los fondos de la de HHSC tiene permiso para enviarme mensajes automáticos por teléfono o texto sobre mi solicitud y el cumplimiento de requisitos para Medicaid para el Cáncer de Mama y de Cuello Uterino.

Iniciales

Entiendo que esta solicitud es un documento legal y que al firmarla doy fe de que, hasta donde yo sé, toda la información que he proporcionado es correcta y verdadera. Entiendo que dar información falsa podría dar lugar a la descalificación del programa o a tener que reembolsar el costo de los servicios recibidos. Entiendo que si se aprueba que reciba los servicios del programa debo cumplir con sus normas, entre ellas el seguir cumpliendo los requisitos y el cumplir todas las demás responsabilidades de los beneficiarios.

Firma del solicitante

Fecha