



Programa de Detección Temprana de Cáncer de Mama y Cuello del Útero de Florida (Florida Breast and Cervical Cancer Early Detection Program)

Formulario de inscripción para pacientes

Registration header fields: APELLIDO, NOMBRE, APELLIDO DE SOLTERA, FECHA DE NACIMIENTO

1. INFORMACIÓN DE LA SOLICITANTE (Complete todas las secciones de esta solicitud).

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Contact information fields: DIRECCIÓN, CIUDAD Y CÓDIGO POSTAL, DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO, TELÉFONO PRINCIPAL, TELÉFONO ALTERNATIVO

MAJOR HORA PARA LLAMARLA:

Time preference options: a. m., p. m., A cualquier hora, ¿Podemos dejar un mensaje?

DÍA/HORA PREFERIDOS PARA LA CITA

¿CÓMO SUPO DE ESTE PROGRAMA? (Marque todas las que correspondan).

Discovery methods checkboxes: Sociedad Americana contra el Cáncer, Folleto, Departamento de Salud del Condado, Evento/Feria de salud de la comunidad, Familia/Amigos, Internet/Sitio web, Consultorio médico privado, Periódico, Centro de salud calificado por el gobierno federal, Otro, Tarjeta, Televisión, Radio, Redes sociales, Sesión educativa, Publicidades/Paradas/Cartel es de autobús, Vallas publicitarias

Nombre de la clínica de salud de la comunidad:

ESTADO DE EXAMEN DE DETECCIÓN (Marque solo una respuesta).

Exam status checkboxes: Inicial (primera vez en el programa), Examen de detección nuevo (previamente en el programa), Examen de seguimiento de corto plazo o de repetición (menos de 300 días desde el último examen de detección)

¿Tiene usted seguro médico? Sí No

Si respondió "Sí", ¿cuál es su seguro?

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

ESTADO DE RESIDENCIA Y CIUDADANÍA (Marque todas las que correspondan).

Residence and citizenship checkboxes: Residente de Florida, Ciudadana de EE. UU., Ciudadana en estado legal, Otro

IDENTIFICACIÓN DE ETNICIDAD Y RAZA (Marque todas las que correspondan).

Ethnicity and race checkboxes: Hispana/Latina, No hispana/No latina

IDENTIDAD RACIAL

Race checkboxes: India americana o nativa de Alaska, Asiática, Negra o afroamericana, Nativa de Hawái o de otra isla del Pacífico, Blanca de una isla

IDIOMAS QUE HABLA

Idioma principal que habla:

Otros idiomas hablados:

Idioma que prefiere para recibir correo: Inglés Español H. Creole

BARRERAS

¿Hay alguna barrera que le impida asistir a sus citas?

Barrier checkboxes: Transporte Idioma Discapacidades

Otro (lista)

FOR OFFICE USE ONLY Client Assigned ID#:



# Formulario de inscripción para pacientes

APELLIDO:	<input type="text"/>	NOMBRE:	<input type="text"/>	APELLIDO DE SOLTERA:	<input type="text"/>	FECHA DE NACIMIENTO:	<input type="text"/>
-----------	----------------------	---------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

## 2. HISTORIA MÉDICA

ESTADO GENERAL DE SALUD (Marque todas las que correspondan).

- |                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes     | <input type="checkbox"/> Prediabetes     |
| <input type="checkbox"/> Presión alta | <input type="checkbox"/> Colesterol alto |

ESTATURA (pulgadas):

PESO (libras):

INFORMACIÓN DE EXAMEN DE MAMAS correspondan)

- ¿Tiene implantes de mamas?
- ¿Tiene problemas de mama actualmente? Explique:

- ¿Alguna vez le diagnosticaron cáncer de mama?
- Si la respuesta es afirmativa, ¿qué tratamiento recibió?

¿Cuándo terminó su tratamiento? (Mes/Año)

¿Cuándo se hizo la última mamografía antes de inscribirse en este programa? (Mes/Año)

- Nunca  No estoy segura (más de 2 años)

¿Dónde se hizo su última mamografía? (Proveedor, ciudad, estado)

### HISTORIA FAMILIAR

¿Ha recibido alguien de su familia, como su madre, hermana, hermano o padre, un diagnóstico de cáncer de mama? Si la respuesta es afirmativa, ¿qué familiar?

CONSUMO DE TABACO (incluye vapeo, cigarrillos electrónicos y productos similares) (Marque todas las que correspondan).

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diario               | <input type="checkbox"/> ¿Le dieron una remisión a Quitline? |
| <input type="checkbox"/> Algunos días         | <input type="checkbox"/> Remisión rechazada                  |
| <input type="checkbox"/> Nunca/En absoluto    | <input type="checkbox"/> Estoy interesada en dejar de fumar. |
| <input type="checkbox"/> Se niega a contestar |  |

INFORMACIÓN DE EXAMEN DE CUELLO DEL ÚTERO (Marque todas las que correspondan)

- ¿Tiene problemas de cuello del útero actualmente? Explique:
- ¿Alguna vez le dijo un médico que usted tenía cáncer de cuello del útero invasivo?
- Si la respuesta es afirmativa, ¿qué tratamiento recibió?

¿Cuándo terminó su tratamiento? (Mes/Año)

¿Cuándo se hizo la última prueba de Papanicolaou antes de inscribirse en este programa? (Mes/Año)

- Nunca  No estoy segura (más de 10 años)

¿Cuándo se hizo la última prueba de Papanicolaou? (Proveedor, ciudad, estado)

- ¿Alguna vez se hizo una histerectomía? Especifique si fue parcial o total.
- Histerectomía parcial (Todavía tengo cuello del útero)  Histerectomía total (no tengo cuello del útero)
- ¿Cuál fue el motivo de la histerectomía?

### FOR OFFICE USE ONLY

Client Assigned ID#: \_\_\_\_\_