

For Enrollment Center Use only

Client Name (Last, First, MI)	Chart#: _____
Enrollment Site:	(Re-)Enrollment/ Date: _____



Idaho Women's Health Check Formulario de inscripción



Datos demográficos de la cliente WHC

Apellido:	Nombre:	Inicial Segundo Nombre:	Fecha de nacimiento:
Apellido de soltera: (si corresponde)	SSN:		
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
			Condado de Residencia:
Dirección Postal: (si es diferente de la de arriba)	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Correo electrónico:	Teléfono Preferido:		
¿De qué raza se considera? <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra o Afroamericana	(Marque todas las que correspondan) <input type="checkbox"/> Isleña del Pacífico o Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> India Americana o Nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Desconocido	¿De qué origen étnico se considera? (Marque una) <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano <input type="checkbox"/> Desconocido	

Información adicional

¿Ha usado tabaco en los últimos 30 días? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿En qué idioma prefiere recibir información médica? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro idioma: _____	¿Qué le motivó a hacer esta cita? <input type="checkbox"/> Remisión médica o recomendación <input type="checkbox"/> Recomendación de amigo o familiar <input type="checkbox"/> Evento en la comunidad/Feria de salud <input type="checkbox"/> Anuncio en medios de comunicación o periódico <input type="checkbox"/> Recordo de cita(s) (correo, teléfono, correo electrónico) <input type="checkbox"/> Otro motivo:
En caso afirmativo, ¿de que tipo? (marque todo lo que corresponda): <input type="checkbox"/> Cigarrillos <input type="checkbox"/> Cigarrillos electrónicos <input type="checkbox"/> Tabaco de mascar	¿Le gustaría información y recursos gratis para dejar de fumar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Contacto de emergencia (persona que podamos llamar en caso de no localizarla):

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Elegibilidad de la cliente WHC

¿Es usted ciudadana estadounidense? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Lugar de nacimiento (Estado o País): _____
¿Si no, es usted residente permanente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	# de tarjeta de Residencia: (requerido) _____ Fecha de emisión: (requerido) _____
¿Tiene usted seguro médico ahora mismo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Número de personas en su familia? _____ Número de niños en la casa menores de 19 años: _____
En caso afirmativo, indique el seguro: <input type="checkbox"/> Privado, nombre de la compañía _____ <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare - Sólo Parte A	¿Esta viviendo junto con su marido o esposo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	¿Cuál es su ingreso familiar total antes de impuestos? Mensual: _____ Anual: _____

MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA, LUEGO FIRME Y PONGA LA FECHA. Proveer información falsa a sabiendas puede resultar en acción civil, penal o administrativo.

- La información que he proporcionado en este formulario es correcta
- Deseo empezar a recibir/seguir con los servicios de Idaho's Women's Health Check
- Soy ciudadana estadounidense (si necesita tratamiento, se le pedirá su acta de nacimiento o documentación de ciudadanía original) O soy residente permanente legal y he vivido en los Estados Unidos por lo menos 5 años (si necesita tratamiento, deberá presentar su tarjeta de residencia)

FIRMA: _____

FECHA: _____

USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL/ STAFF USE ONLY WHC Eligibility Verification (to be completed by Enrollment Center Staff)

The client meets all WHC enrollment requirements:	<input type="checkbox"/> Citizen/eligible alien	Age:
	<input type="checkbox"/> No insurance coverage	<input type="checkbox"/> 50-64 (eligible for breast and cervical screening)
	<input type="checkbox"/> Income (use current table)	<input type="checkbox"/> 21-49 (eligible for cervical screening)
		<input type="checkbox"/> 21-49 (limited enrollment – client is symptomatic for cancer, complete and attach limited enrollment form)

** USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL/ FOR STAFF USE ONLY** WHC Tobacco Use Assessment Verification (to be completed by Enrollment Center Staff)

If client states current tobacco user:	Was client referred to cessation service? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not Interested	If Yes, What type of referral? Check all that apply <input type="checkbox"/> Quitline/Quitnet <input type="checkbox"/> Health Department Cessation Class <input type="checkbox"/> Community Cessation Service (describe): _____ Other (describe): _____
--	---	---

Eligibility verified by: _____

Date: _____

Client Name (Last, First, MI)		Chart#: _____
Enrollment Site:		(Re-)Enrollment/ Date: _____

CONSENTIMIENTO AL PROGRAMA Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Women's Health Check implica un esfuerzo de cooperación entre las clínicas, médicos, evaluadores de programas, centros de mamografía, laboratorios, el Departamento de Salud y Bienestar de Idaho, y los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC). El objetivo de este programa es fomentar la detección del cáncer de seno y cuello uterino en las mujeres de bajos ingresos, que son ciudadanas estadounidenses o residentes permanentes legales y que no tienen otra forma de pagar por los exámenes de detección (sin seguro privado que cubra los exámenes, sin cobertura de Medicare o Medicaid). El propósito de los exámenes es detectar el cáncer en sus etapas más tempranas de manera que se pueda tratar o prevenir. La detección del cáncer de cuello uterino implica un examen pélvico y una prueba de Papanicolaou. De ser necesario, los exámenes de diagnóstico pueden estar a su disposición sin costo alguno. Si necesita tratamiento para el cáncer, tal vez pueda calificar para el tratamiento a través del Programa de Medicaid para el cáncer de seno y el cáncer de cuello uterino.

Entiendo que (marque con sus iniciales cada enunciado a continuación)...

- _____ Mi firma certifica que la información en este formulario es fiel y correcta; que he leído y entendido la descripción del programa (mencionado arriba) del Idaho Women's Health Check Program (WHC), entiendo que soy elegible para el programa, y por el presente acepto recibir los servicios de salud, como se indica arriba.
- _____ Puede ser que un proveedor de atención médica solicite pruebas de diagnóstico que no están cubiertos por el programa Women's Health Check. Si se ordenan pruebas adicionales, entiendo que llegaré a un acuerdo de pago con el proveedor de atención médica de las pruebas o servicios que no estén cubiertos por el programa Women's Health Check.
- _____ Al aceptar participar en este programa, autorizo a que cualquiera y todos mis médicos, clínicas, centros de mamografía, y/o hospitales proporcionen la información acerca de mis pruebas de Papanicolaou, exámenes de los senos, mamografías y los procedimientos de diagnóstico y tratamiento relacionados con el programa WHC. Los administradores de casos empleados por el programa pueden ponerse en contacto conmigo con el fin de reunir información que me ayude a tener acceso a las pruebas y exámenes importantes para el seguimiento adecuado de los resultados anormales de las pruebas.
- _____ La información que proporcionó a WHC y proveedores participantes es confidencial. Esto significa que WHC no revelará ni compartirá mi información, a excepción de las mínimas necesarias para administrar el Programa arriba descrito. Los informes que resultan de este Programa no van a llevar mi nombre ni cualquier otra información que me identifique
- _____ Al firmar esta forma, afirmo que estoy de acuerdo con, y entiendo los términos del programa descrito arriba. Asimismo, afirmo que la información que he proporcionado en la forma de inscripción es verdadera. Entiendo que mi participación en este programa es voluntaria y que puedo abandonar el Programa en cualquier momento.
- _____ Si se me diagnostica cáncer o condiciones precancerosas, tal vez pueda calificar para el tratamiento a través del programa BCC Medicaid y acepto dar a conocer mi información a Medicaid para determinar si soy elegible para el tratamiento.
- _____ Women's Health Check habitualmente realiza un seguimiento con las participantes para conocer sus experiencias con el programa. Al firmar esta forma, afirmo que yo doy mi permiso que se pongan en contacto conmigo por un evaluador del programa a fin de participar en una encuesta de seguimiento.
- _____ Se me ha brindado la oportunidad de leer el Aviso de Privacidad del Departamento de Salud y Bienestar de Idaho (también disponible en www.healthandwelfare.idaho.gov).
- Sí No Me gustaría que Women's Health Check me envíe una copia del Aviso de Privacidad del Departamento de Salud y Bienestar de Idaho

FIRMA DE LA PACIENTE

ESCRIBA SU NOMBRE

FECHA

Enrollment Center Staff: Make a copy of both sides of this document and provide to patient for their records.