

FORMULARIO DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE

(Los pacientes deben volver a presentar la solicitud todos los años)

PARA USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL DE LA CLÍNICA

AGENCY #	CHART #	WWC #
ENROLLMENT/RE-ENROLLMENT DATE	<input type="checkbox"/> I HAVE VERIFIED THIS PATIENT'S LAWFUL PRESENCE DOCUMENTATION IS CURRENT.	

INSTRUCCIONES PARA EL PACIENTE: Complete cada parte a continuación. Las áreas sombreadas se deben completar totalmente.

IDENTIFICACIÓN

APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO DE SOLTERA
ÚLTIMOS 4 NÚMEROS DE SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		FECHA DE NACIMIENTO	EDAD

¿A QUÉ ORIGEN ÉTNICO PERTENECE? ELIJA UNO A CONTINUACIÓN.

Soy latina y/o hispana. No estoy segura de si soy latina o hispana. No soy latina ni hispana.

¿QUÉ RAZA(S) ES USTED? MARQUE TODO LO QUE SEA VERDADERO.

Negra/afroamericana Asiática Proveniente de las islas del Pacífico
 Blanca Nativa de Alaska No estoy segura
 Amerindia Proveniente de las islas Aleutianas Otra:
 Latina/Hispana Nativa de Hawái

INSCRIPCIÓN

<p>¿TIENE SEGURO MÉDICO PRIVADO O MEDICAID?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, tengo Medicaid. <input type="checkbox"/> Sí, tengo seguro privado. Marque a continuación lo que sea verdadero. <input type="checkbox"/> pero tengo un deducible alto. <input type="checkbox"/> pero no cubre los exámenes de detección de cáncer. <input type="checkbox"/> No, no tengo seguro médico privado. <input type="checkbox"/> No, no tengo Medicaid.</p>	<p>¿TIENE MEDICARE?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, sólo la parte A. <input type="checkbox"/> Sí, las partes A y B. <input type="checkbox"/> No, no tengo Medicare.</p>	<p>¿DESEA QUE LE ENVIEMOS UNA CARTA PARA RECORDARLE SOBRE SU EXAMEN DE DETECCIÓN? (sólo la fase de prueba)</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> En inglés <input type="checkbox"/> En español <input type="checkbox"/> No, no deseo una carta para recordarme sobre mis exámenes de detección.</p>
--	---	--

A mi leal saber y entender, los ingresos BRUTOS MENSUALES (antes de impuestos) para mi grupo familiar son:	Cantidad de personas que viven con estos ingresos incluida yo (es posible que incluya a personas que no viven en su casa):
--	--

CONTACTO

¿CÓMO SE ENTERÓ ACERCA DE LOS EXÁMENES GRATUITOS DE DETECCIÓN DE CÁNCER CERVICOUTERINO Y DE MAMA DE WOMEN'S WELLNESS CONNECTION?

Folleto/Póster Línea directa (866-951-9355) Anuncio de radio
 Médico/Personal de la clínica Aviso en un periódico Anuncio televisivo
 Amigo/Familiar Patient Navigator (programa de asistencia para pacientes) Personal o evento de Women's Wellness Connection
 Feria de salud Otro:

PROPORCIONE LOS SIGUIENTES NÚMEROS DONDE PODEMOS COMUNICARNOS CON USTED:	Dirección postal		
Número de teléfono de su casa particular	Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono de su trabajo	Condado		
Número de teléfono celular	Dirección de correo electrónico		
Contacto de emergencia Incluya un número de teléfono de alguien a quien podamos llamar si cambiara su número de teléfono en el futuro o en caso de emergencia:			