

Forma de Enlistamiento para Mujeres de 40 a 64 años

Every Woman Matters



NEBRASKA OFFICE OF WOMEN'S HEALTH



NEBRASKA



Haga favor de escribir claramente. Si tiene que llenar las cajas sombreadas y hay que firmar página 2. Llene el resto de formulario lo más que pueda.

#4-Versión Agosto 2008

(web)



Llámanos si tienes preguntas

(800) 532-2227

Proveemos ayuda razonable para personas con discapacidades.

TDD (800) 833-7352.

Nombre		Inicial	Apellido		Nombre de Soltera
Fecha de Nacimiento		Edad		Número del Seguro Social	
Dirección			Ciudad	Condado	Estado Zip
Número telefónico del hogar/celular (trace un círculo alrededor de uno) ()	Casa Número del Trabajo ()	¿Cómo te enteraste de Cada Mujer Importa ? <input type="checkbox"/> familia/amigo <input type="checkbox"/> doctor/clínica		<input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/> periódico/radio/TV <input type="checkbox"/> Trabajadora social	
Persona para contactar		Relación	Número telefónica - Hogar/Trabajo/Celular (trace un círculo alrededor de uno) ()		
Dirección		Ciudad		Estado	Zip
¿De que Raza o Etnicidad eres tú? <input type="checkbox"/> India Americana Tribu _____ <input type="checkbox"/> Negra/Africo-Americana _____ <input type="checkbox"/> Mexico-Americana _____ <input type="checkbox"/> Blanca _____ <input type="checkbox"/> Asiática _____ <input type="checkbox"/> De la Isla del Pacifico _____ <input type="checkbox"/> Otra _____			¿Eres de origen Latino/Hispano? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No País de origen _____ ¿Cuál es tu lenguaje primario? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro _____		
Grado más elevado de educación que completaste: <i>circula uno</i> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16+					
¿Te han realizado éstas pruebas anteriormente? <i>Si no sabes la fecha exacta escribe un aproximado.</i> Prueba del Pap <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Fecha aprox. ___/___/___ Resultados: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal ¿Qué dijo el doctor sobre las pruebas realizadas? _____					
Mamograma <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Fecha aprox. ___/___/___ Resultados: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal <i>rayos x del seno</i> ¿Qué dijo el doctor sobre las pruebas realizadas? _____					
¿Ha tenido cáncer de seno tu madre, hermana o hija ? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No sé ¿Has tenido tú cáncer del seno ? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No sé ¿Te han realizado una histerectomía <i>extracción del útero</i> ? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No sé Si te realizaron una histerectomía, ¿fue para tratar el cáncer? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No sé					
<i>Se me requerirá mostrar pruebas de que mi ingreso está dentro de los lineamientos cuando sea contactada por la gente de CMI. Si estoy por encima de los lineamientos, yo seré responsable de mis gastos.</i>					
¿Cuál es tu ingreso antes de impuestos? Ingreso Anual : \$			¿Cuántas gentes viven con éste salario?		
Tienes: <input type="checkbox"/> Medicare Parte A y B <input type="checkbox"/> Medicare Parte A únicamente <input type="checkbox"/> Medicaid (cobertura completa) <input type="checkbox"/> Ninguno/Sin cobertura <input type="checkbox"/> Seguro Privado con o sin Suplemento de Medicaid (<i>porfavor enlista</i>)					
¿Es tu seguro un HMO? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>Un HMO es una organización de la Salud.</i> <i>Si tienes Medicaid o tu seguro es una HMO, no debes de enlistarte en Cada Mujer Importa.</i>					

DEBES LEER Y FIRMAR AL REVERSO

Dirección : Every Woman Matters-301 Centennial Mall South, P.O. Box 94817-Lincoln, NE 68509-4817

Consentimiento Informado y Autorización Para la Divulgación de Información Médica

1. Lea esta página. Fírmela para demostrar que sabe lo que significa y que esté de acuerdo con ella.
2. **Tiene que firmar esta página para ser parte del programa *Every Woman Matters*.**

Versión Agosto 2008

- ❖ Quiero ser parte del programa *Every Woman Matters (EWM)*. Yo sé que:
 - ❖ Tengo que tener entre 40 y 64 años de edad para recibir los servicios de detección
 - ❖ No puedo sobrepasar las pautas de ingresos
 - ❖ No puedo tener Medicaid
 - ❖ No puedo tener Medicare
 - ❖ No puedo ser miembro de una organización de mantenimiento de la salud (HMO por sus siglas en inglés)
- ❖ Sé que puedo decirle a *EWM* si ya no deseo ser parte de este programa.
- ❖ Sé que si tengo entre 40-64 años de edad soy elegible para los servicios completos de detección bajo el programa *EWM*. Recibiré un folleto para clientes en el correo tan pronto como la oficina de *EWM* reciba mi formulario de inscripción. Haré referencia a mi folleto para clientes para más información detallada sobre el programa.
- ❖ Sé que si tengo 40-64 años de edad, puede ser que reciba pruebas de detección de cáncer de los senos y del cuello del útero, pruebas de detección de presión sanguínea, colesterol, diabetes, y obesidad dependiendo de las pautas del programa. He hablado con mi proveedor cuidado de salud sobre las pruebas de detección y entiendo los posibles efectos secundarios o molestias.
- ❖ Es posible que se me dé información para aprender a cambiar mi dieta, hacer más ejercicio y/o dejar de fumar. *EWM* me puede recordar cuando es tiempo para programar mis exámenes de detección y me puede mandar correo para ayudarme a aprender más sobre mi salud.
- ❖ Yo entiendo que tal vez se me pida aumentar mi nivel de actividad física y hacer cambios a mi dieta como parte de la educación de salud que me ofrezcan. Yo entiendo que antes de hacer estos cambios de actividad y/o dieta, se me anima a hablar con mi proveedor del cuidado de salud sobre cualquier preocupación o pregunta relacionada.
- ❖ He hablado con mi proveedor del cuidado de salud sobre cómo voy a pagar por cualquier prueba o servicio que *EWM* no pague.
- ❖ Yo sé que si me mudo sin dar mi dirección de correo a *EWM*, no recibiré notificaciones sobre las pruebas de detección. Acepto la responsabilidad de cumplir con cualquier consejo que el proveedor del cuidado de salud me pueda dar.
- ❖ Mi proveedor del cuidado de salud, laboratorio, clínica, oficina de radiología y/u hospital puede dar a *EWM* los resultados de los exámenes de detección de los senos y el cuello del útero, exámenes de detección para la enfermedad cardíaca y diabetes, exámenes de seguimiento y/o tratamiento.
- ❖ Para ayudarme a tomar las mejores decisiones del cuidado de salud, *EWM* puede compartir información de la clínica y otra información del cuidado de salud, incluyendo los resultados del laboratorio y el historial de la salud con mis proveedores clínico con mis proveedores del cuidado de salud.
- ❖ Solamente *EWM* utilizará mi nombre, dirección, seguro social y/u otra información personal. Se la puede utilizar para hacerme saber si necesito exámenes de seguimiento. Se puede compartir esta información con otras organizaciones como se requiere para recibir recursos de tratamiento.
- ❖ Se puede utilizar otra información para estudios aprobados por *EWM* y/o los centros de prevención y control de enfermedades (CDC por sus siglas en inglés) para que otros investigadores aprendan más sobre la salud de las mujeres. Estos estudios no utilizarán mi nombre u otra información personal.

Firma del Cliente

Fecha de Firma/Enlistamiento