



Aplicación del Programa

EFFECTVA: 9/15/2020

Appointment

Date/Time: ____/____/____

Type of Appointment

(Circle only one): **Screening or Diagnostic**

Seccion 1: Informacion del Solicitante

ESTATUS: INICIAL REAPLICANDO INTERVAL CORTO DE SEGUIMIENTO (O REPETIR EXAMEN)

NOMBRE (Legal o como aparece en su tarjeta del Seguro Social):
REQUERIDO

Apellido Primer Nombre
Segundo Nombre Apellido de Soltera

FECHA DE NACIMIENTO:
(MES/DIA/AÑO)

____ / ____ / ____

DIRECCION DONDE VIVE (REQUERIDO):

DIRECCION: _____

CUIDAD Y CODIGO POSTAL: _____

NO. DE TELEFONO PRIMARIO. : (CASA TRABAJO
 CELULAR)

(____) _____ - _____

NO. DE TELEFONO ALTERNATIVO: (CASA
TRABAJO CELULAR)

(____) _____ - _____

¿PODEMOS DEJARLE UN MENSAJE? Sí No

¿MEJOR HORA PARA LLAMARLE? Cualquiera AM o

PM

¿DIA/HORA PREFERIDA PARA SU CITA?

DIA : _____ AM PM

ESTADUD RESIDENCIAL

Indique todo lo que aplica:

REQUERIDO

Debe ser residente de la Florida para ser elegible

Subraye lo que aplica a usted: Ciudadano Estadounidense o bajo Estatus Migratorio

¿CUAL ES SU? REQUERIDO

Estatura en pulgadas: _____

Peso en libras: _____

¿ES USTED DE ORIGEN LATINO O HISPANO?
REQUERIDO

1. Sí
2. No

¿QUE LENGUAJES HABLA USTED? REQUERIDO

Lenguaje Primario:

Otro Lenguaje:

¿Tiene historial de PRESION ALTA?

1. Sí 2. No

Tiene historial de Diabetes or Pre- Diabetes?

1. Sí 2. No

¿QUE RAZA(S) SE CONSIDERA USTED?

(Indique todas las que aplican) REQUERIDO

1. Indio Americano o Nativo de Alaska
2. Asiático
3. Negro o Americano Africano
4. Nativo de Hawái o de otras Islas del Pacifico
5. Blanco

¿USTED USA PRODUCTOS DE TABACO? REQUERIDO

1. A diario 2. Algunos días 3. Para nada
4. Me niego a contestar

Si 1 o 2, ¿fue Referido a la Línea de Cesar?

1. Sí 2. No

******Teléfono para la Línea de Cesar**

1-877-822-6669****

¿COMO SE ENTERO DE ESTE PROGRAMA?

1. ACS Local 2. Folleto 3. Dept. de Salud
4. Comunidad 5. Familia/Amigo 6. Internet 7. Oficina Medica 8. Periódico
9. FQHC 10. Tarjeta Postal



Aplicación del Programa

EFFECTVA: 9/15/2020

Sección 2: Historial de Salud

Historial del Examen de los Senos (Marque solo un cuadrado por cada categoría) **REQUERIDO**

¿Ha sido usted alguna vez diagnosticada con **CANCER DEL SENO**? Sí No

¿Cuándo fue su última **MAMOGRAFIA** antes de aplicar para este programa?

Última **MAMOGRAFIA** (mes _____ /año _____) **NUNCA** Insegura (¿5+ años?)
Donde fue realizada? (PROVEEDOR) _____

¿USTED TIENE **IMPLANTES DE SENOS**? SI 2. NO **FAVOR MARCAR UNA RESPUESTA**

Historial del Examen Cervical (Marque solo un cuadrado por cada categoría) **REQUERIDO**

¿Ha sido usted alguna vez diagnosticada con **CANCER CERVICAL INVASIVO**? Sí No

¿Cuándo fue su última prueba de **PAPANICOLAOU** antes de aplicar para este programa?

Última prueba de **PAPANICOLAOU** (mes _____ /año _____) **NUNCA** Insegura (¿5+ años?)

¿**HISTERECTOMIA**? SI NO Parcial o Completa ¿Cuándo? _____ **REQUERIDO**

¿Está experimentando ahora algún problema cervical o de los senos? SI NO

Si su respuesta fue sí, explique brevemente _____

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con (407) 665-3244 or (407) 665-3185 entre las 8:00 a.m. y las 5:00 p.m., de lunes a viernes.

FOR PROGRAM OFFICE USE ONLY:

THIS APPLICATION HAS BEEN: APPROVED DENIED
EFFECTIVE: _____ (MM/DD/YYYY)