



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

Form fields for APELLIDO, NOMBRE, APELLIDO DE SOLTERA, and 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 list: 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 options: 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?, Si respondió "Sí", ¿cuál es su seguro?

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

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

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

Ethnicity options: Hispana/Latina, No hispana/No latina.

IDENTIDAD RACIAL

Race options: 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

Language options: Idioma principal que habla, Otros idiomas hablados, Idioma que prefiere para recibir correo: Inglés, Español, Creole.

FOR OFFICE USE ONLY Client Assigned ID# or Pseudo SS#: _____



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 (Marque todas las que 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 5 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 5 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# or Pseudo SS#: _____