



EXPANSIÓN CERVICAL 21-39 AÑOS FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN WHC FY21



El Programa de Mujeres en Conexión Para la Salud
en Asociación con la red de Acceso de Salud (AHN)

INFORMACIÓN DE INSCRIPCIÓN DEL SOLICITANTE

Número de Seguro Social:	<input type="text"/>	Fecha de Nacimiento (MES/DÍA/AÑO):	<input type="text"/>	Edad:	<input type="text"/>	Lugar de Nacimiento ciudad y País:	<input type="text"/>
Apellido:	<input type="text"/>	Primer Nombre:	<input type="text"/>	Inicial:	<input type="text"/>	Apellido de Soltera:	<input type="text"/>
Dirección:	<input type="text"/>		Ciudad:	<input type="text"/>		Estado:	<input type="text"/>
Teléfono de Casa:	<input type="text"/>	Teléfono de Trabajo:	<input type="text"/>		Celular:	<input type="text"/>	
Correo Electronico:	<input type="text"/>		Ocupación:	<input type="text"/>		Industria:	<input type="text"/>
Educación más alta:	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16+						
Estado Civil:	<input type="checkbox"/> Soltera	<input type="checkbox"/> Casada	<input type="checkbox"/> Divorciada	<input type="checkbox"/> Saporada	<input type="checkbox"/> Viuda	Idioma:	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Espanol <input type="checkbox"/> Otro: <input type="text"/>
Raza:	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Indio Americano	<input type="checkbox"/> Asiatico	<input type="checkbox"/> Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii	<input type="checkbox"/> Isleno del Pacifico <input type="checkbox"/> Otra: <input type="text"/>
¿Cómo se enteró de este programa?	<input type="checkbox"/> Doctor	<input type="checkbox"/> Familiar/ Amigo	<input type="checkbox"/> Radio/ TV	<input type="checkbox"/> Si Mismo	<input type="checkbox"/> Feria de Salud	<input type="checkbox"/> AHN	<input type="checkbox"/> Otro: <input type="text"/>
						Origen Hispano:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

INFORMACIÓN DE ELEGIBILIDAD DEL SOLICITANTE

¿Tiene Seguro Médico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si indico sí, indique el nombre y el tipo de cobertura:	<input type="text"/>
Medicare Parte B	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tiene Medicaid?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Número de personas en el hogar:	<input type="text"/>	¿Cuál es el ingreso de su hogar antes de impuestos?	Mensual: \$ <input type="text"/> Anual: \$ <input type="text"/>

INFORMACIÓN DE LA HISTORIA MÉDICA DEL SOLICITANTE

<u>Historial Cervical</u>		¿Ha recibido un Papanicolaou?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fecha de la última prueba de Papanicolaou (MES/DÍA/AÑO):	<input type="text"/>	Fecha de su último ciclo menstrual (MES/DÍA/AÑO):	<input type="text"/>	Edad que inicio su menstruación:
¿Ha tenido una histerectomía?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Si indico sí, la causa fue por tener cáncer cervical?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Está recibiendo terapia de reemplazo hormonal?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<u>Historia General</u>				
¿Cuál es su estatura actual?	<input type="text"/>	¿Cuál es su peso actual?	<input type="text"/>	¿Esta físicamente activa?
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Fuma?	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Sí fumo	<input type="checkbox"/> Antes	Fecha que dejo de fumar (MES/DÍA/AÑO):	<input type="text"/>
¿Está expuesta al humo de segunda mano?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si es mayor de 50 años de edad, ¿alguna vez ha recibido la prueba del cáncer colorrectal?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Ha sido diagnosticada con alguna de estas enfermedades?				
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Diabetes Gestacional	<input type="checkbox"/> Alta Presion	<input type="checkbox"/> Colesterol	<input type="checkbox"/> Derrame Cerebral <input type="checkbox"/> Cáncer
				Tipo de Cáncer: <input type="text"/>

EXPANSIÓN CERVICAL 21-39 AÑOS FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN WHC FY21

El Programa de Mujeres en Conexión Para la Salud en Asociación con la red de Acceso de Salud (AHN)

SÓLO PARA USO DE OFICINA

WHC Member ID:

Clinic Name:

Date eligible (MM/DD/YY):

If the client is a current smoker and was referred to 1-800-QUIT-NOW, indicate the date of referral (MM/DD/YY):

Comments:

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL SOLICITANTE Y LIBERACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA

Usted está llenando este formulario basado en su presunta elegibilidad para el programa Mujeres en Conexión Para la Salud (WHC, por sus siglas en Ingles). Si usted es referido a buscar cobertura de seguro a través de Medicaid o el mercado de cambio de la salud, el programa WHC mantendrá su información y el seguimiento de su estado de seguro para asegurarse de que usted reciba la detección del cáncer de cuello uterino y de mama a tiempo. Puede que usted reciba promociones de salud y recordatorios de detección del programa WHC.

En caso de estar determinada elegible para este programa, usted tiene los siguientes derechos y responsabilidades:

Derechos del participante:

Si usted cumple con los criterios de elegibilidad del WHC (edad, ingresos y estado de seguro médico), usted puede ser elegible para recibir una visita a la clínica/ médico, examen pélvico y prueba de Papanicolaou sin costo alguno. Pregunte a su proveedor de atención médica que le diga qué servicios específicos serán pagados por el WHC y con qué frecuencia los recibirá. Su clínica / médico le hará saber cuándo este programada para volver a su próxima prueba de Papanicolaou. Servicios dados a usted que no siguen el programa de WHC pueden llegar a ser su responsabilidad financiera.

Si usted tiene un resultado anormal de la prueba de detección, la clínica / médico trabajará con WHC para ayudarle a obtener más pruebas de diagnóstico. WHC no paga por el tratamiento, pero le ayudará con la remisión para el tratamiento. Su proveedor de atención médica en la clínica o su médico le puede decir cuales servicios específicos WHC puede pagar y los que no están cubiertos.

Servicios de manejo del caso a través de WHC si se encuentra algún resultado anormal con el fin de recibir los servicios apropiados de diagnóstico y tratamiento.

Proporcionar reacción o comentarios de los clientes. Se le alienta a ponerse en contacto con el programa WHC en cualquier momento. También puede recibir cuestionarios del programa WHC. Por favor, tómese el tiempo para completar y devolver los cuestionarios al cliente.

Responsabilidades del participante:

Firmar el formulario de Rechazo de cliente para rechazar procedimientos/ tratamientos que van en contra de las recomendaciones de los médicos.

Actualizar la información de contacto a medida que cambia así el programa WHC puede enviar correo, correos electrónicos, mensajes de texto con información de salud y recordatorios de citas o servicio programado.

Proporcionar consentimiento para la liberación de mi información médica de mi médico, clínica, laboratorio, unidad de radiología y / o en el hospital a WHC.

Información de identificación, tales como nombre, dirección, número de seguro social, y / u otra información de identificación **sólo** será utilizada por este programa. Puede ser utilizado para hacerme saber si se necesita dar un seguimiento con exámenes. Otra información se puede usar para estudios realizados por el programa WHC para aprender más sobre la salud de la mujer. Estos estudios no utilizarán ningún nombre u otra información de identificación.

Dar seguimiento con la clínica/médico si hay resultados anormales y hay que participar en los procedimientos de diagnóstico adicionales hasta que se alcance un diagnóstico final.

Autorizó a WHC enviar recordatorios de detección de mensajes de texto mi número de teléfono celular proporcionado. Se pueden aplicar cargos adicionales por mensajes de texto por la compañía de mi teléfono celular.

Sí, por favor enviarme mensajes de texto

No, por favor no enviarme mensajes de texto

Entiendo que al dar información falsa podría poner en peligro mi inscripción en el programa. He leído y entendido la explicación anterior sobre el programa de Mujeres en Conexión Para la Salud. Mi firma verifica mi consentimiento para participar en el programa y que cumpla con la información de elegibilidad. Entiendo que mi participación en el programa es voluntaria y que puede abandonar el programa y retirar mi consentimiento en cualquier momento.

Firma del solicitante:

Fecha (MES/DIA/AÑO):

Por favor proporcione información de contacto de un amigo o miembro de la familia que WHC pueda contactar, en caso de que usted no pueda ser contactado.

Nombre:

Numero de teléfono:

This publication was supported by the Nevada State Division of Public and Behavioral Health (DPBH) through grant number 1 NU58DP006306-01-00 from the Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Its contents are solely the responsibility of the authors and do not necessarily represent the official views of the DPBH or CDC.

ANNUAL SCREENING VISIT FORM

Women's Health Connection (WHC) in Partnership with Access to Healthcare Network

PELVIC EXAM FINDINGS

Was a high risk cervical assessment preformed at this appointment?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> Average risk				
<input type="checkbox"/> High risk				
<input type="checkbox"/> Unknown risk				
Has the patient had a hysterectomy?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	If yes, is the cervix present?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Was the hysterectomy due to CIN or invasive cervical cancer?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> Normal			<input type="checkbox"/> Abnormal, suspicious for cervical cancer - must be referred to specialist	
<input type="checkbox"/> Abnormal, not suspicious for cervical cancer (explain in notes)			Specialist	
<input type="checkbox"/> Not performed (explain in notes)			<input type="checkbox"/> Cervical Polyp	
<input type="checkbox"/> Not indicated or not needed			<input type="checkbox"/> Patient is pregnant	EDC (MM/DD/YY):
<input type="checkbox"/> Refused				

REASON FOR PAP/HPV TEST

Previous Pap test?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unknown	Date (MM/DD/YY):
Result:				
<input type="checkbox"/> Routine screening Co-test - Pap and HPV test (every 5 years)				<input type="checkbox"/> Primary HPV screening only
<input type="checkbox"/> Routine screening Pap test (every 3 years)				<input type="checkbox"/> Reflex HPV testing (HPV test as a F/U to pap test)
<input type="checkbox"/> Pap after primary HPV+				<input type="checkbox"/> Patient under surveillance for a previous abnormal test
<input type="checkbox"/> Co-test/Pap done outside WHC, patient referred for diagnostic services only	Referral date (MM/DD/YY):			
Test result:				
<input type="checkbox"/> No Pap test performed - test not due				
<input type="checkbox"/> No HPV test performed - test not due				
<input type="checkbox"/> Refused				
<input type="checkbox"/> Not ordered (explain in notes)				
Notes:				

PLEASE FAX ALL ABNORMAL RESULTS TO WHC CARE COORDINATOR WITHIN 48 HOURS AT 775-284-1918

Clinician's signature:	Date of service (MM/DD/YY):
WOMEN'S HEALTH CONNECTION OFFICE USE ONLY	
Date received (MM/DD/YY):	Date entered (MM/DD/YY):
CaST ID#:	

This publication was supported by the Nevada State Division of Public and Behavioral Health (DPBH) through grant number 1 NU58DP006306-01-00 from the Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Its contents are solely the responsibility of the authors and do not necessarily represent the official views of the DPBH or CDC.