



WHC ENROLLMENT FORM FY21

WOMEN'S HEALTH CONNECTION (WHC)
IN PARTNERSHIP WITH ACCESS TO HEALTHCARE NETWORK (AHN)



APPLICANT ENROLLMENT INFORMATION

SSN: <input type="text"/>	DOB (MM/DD/YY): <input type="text"/>	Age: <input type="text"/>	Birth place: <input type="text"/>
Last Name: <input type="text"/>	First: <input type="text"/>	Middle Initial: <input type="text"/>	Maiden Name: <input type="text"/>
Street address: <input type="text"/>		City: <input type="text"/>	State: <input type="text"/> Zip: <input type="text"/>
Home ph [ex. (111) 111-1111]: <input type="text"/>		Work ph [ex. (111) 111-1111]: <input type="text"/>	
Cell ph [ex. (111) 111-1111]: <input type="text"/>		Occupation: <input type="text"/>	Industry: <input type="text"/>
Highest grade completed: <input type="checkbox"/> None <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+		Marital status: <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Separated <input type="checkbox"/> Widowed	
Hispanic: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Preferred language: <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Other: <input type="text"/>		
Race: <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> American Indian <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Eskimo <input type="checkbox"/> Native Hawaiian <input type="checkbox"/> Pacific Islander <input type="checkbox"/> Other: <input type="text"/>			
How did you hear about our program? <input type="checkbox"/> Doctor <input type="checkbox"/> Radio/TV <input type="checkbox"/> Family/friend <input type="checkbox"/> Self <input type="checkbox"/> Health fair <input type="checkbox"/> AHN <input type="checkbox"/> Other: <input type="text"/>			

APPLICANT ELIGIBILITY INFORMATION

Do you have Medical Insurance? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	If yes, list name and coverage: <input type="text"/>		
Do you have Medicare Part B? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Do you have Medicaid for yourself? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
How many people are in your household? <input type="text"/>	What is your household income before taxes? Monthly: <input type="text"/> Yearly: <input type="text"/>		

APPLICANT MEDICAL HISTORY INFORMATION

<u>Breast History</u>				<u>Cervical History</u>			
Are you experiencing breast symptoms? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				Have you ever had a Pap test? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
Describe: <input type="text"/>				Date of last Pap test (MM/DD/YY): <input type="text"/>			
Do you have breast implants? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				Date of last menstrual period (MM/DD/YY): <input type="text"/>			
Have you ever had a mammogram? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				Age menses started: <input type="text"/>			
Date of last mammogram (MM/DD/YY): <input type="text"/>				Have you had a hysterectomy? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
History of breast cancer in family?				If yes, was hysterectomy due to cervical cancer? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
<input type="checkbox"/> Self	<input type="checkbox"/> Mother	<input type="checkbox"/> Daughter	<input type="checkbox"/> Sister	<input type="checkbox"/> None	<input type="checkbox"/> Unknown	Are you on any hormone replacement therapy? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	

<u>General History</u>								
How tall are you? Feet: <input type="text"/> Inches: <input type="text"/>	What is your weight? <input type="text"/>	Are you physically active? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No						
Smoking status (please check one): <input type="checkbox"/> Never <input type="checkbox"/> Current <input type="checkbox"/> Former		Date quit (MM/DD/YY): <input type="text"/>						
Are you exposed to secondhand smoke? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		If you are over 50 years of age, have you ever been screened for colorectal cancer? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No						
Have you been diagnosed with any of these diseases? (check all that apply)				<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Gestational diabetes	<input type="checkbox"/> High blood pressure	<input type="checkbox"/> High cholesterol	<input type="checkbox"/> Stroke
Cancer	Type of cancer: <input type="text"/>							

WHC ENROLLMENT FORM FY21

WOMEN'S HEALTH CONNECTION (WHC) IN PARTNERSHIP WITH ACCESS TO HEALTHCARE NETWORK (AHN)

FOR OFFICE USE ONLY

WHC member ID:

Clinic name:

Date eligible (MM/DD/YY):

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

Comments:

APPLICANT INFORMED CONSENT AND RELEASE OF MEDICAL INFORMATION

You are completing this form based on your presumptive eligibility for the WHC program. If you are referred to seek insurance coverage through Medicaid or the health exchange marketplace, the WHC program will keep your information and track your insurance status to ensure you receive timely breast and cervical cancer screening. You may receive health promotion and screening reminders from the WHC program.

Should you be determined eligible for this program, you have the following rights and responsibilities:

Participant rights:

1. If you meet WHC's eligibility criteria (age, income and insurance status), you may be eligible to receive a clinic/doctor visit, Pap smear, and clinical breast exam at no cost. Beginning at age 50 years, you may become eligible for a screening mammogram at no cost. Ask your Healthcare Provider to tell you which specific services will be paid by WHC and how often you may receive them. Your clinic/doctor will let you know when you are due to return for your next Pap test and/or mammogram. Services provided to you that do not follow the WHC's schedule of services may become your financial responsibility.
2. If you have an abnormal screening test result, the clinic/doctor will work with WHC to help you obtain further diagnostic tests. WHC does not pay for treatment but will assist you with the referral for treatment. Your health care provider at the clinic or your doctor can tell you which specific services the WHC can pay for and those that are not covered.
3. Case management services through WHC if any abnormal results are found, in order to receive timely and appropriate diagnostic and treatment services;
4. You are encouraged to contact the WHC program at any time. You may also receive questionnaires from the WHC program. Please take the time to complete and return client questionnaires.

Participant responsibilities:

1. You must sign the *Client Refusal Form* to refuse procedures/treatment recommended by your physician.
2. You must update contact information as it changes so WHC may send mail, e-mail, phone, or text message screening appointment reminders, health and scheduled service information.
3. You must provide consent for the release of medical information from your doctor, clinic, laboratory, radiology unit and/or hospital to the WHC. Identifying information such as name, address, social security number, and/or other identifying information will only be used by this program. It may be used to inform you if follow up exams are needed. Other information may be used for studies done by WHC to learn more about women's health. These studies will not use any name or other identifying information.
4. You must follow up with clinic/doctor if there are abnormal results, and to participate in additional diagnostic procedures until a final diagnosis is reached.

Do you authorize WHC to send text message screening reminders to you on your provided cell phone number? Text message charges from your cell phone provider may apply.

Yes, please text me. No, please do not text me.

I understand that knowingly providing false information could jeopardize my enrollment in the program. I have read and understand the explanation above about the WHC. My Signature verifies my consent to participate in the program, and that I meet the eligibility information. I understand that my participation in the program is voluntary and I may drop out of the program and withdraw my consent at any time.

Signature of applicant:

Date (MM/DD/YY):

Please provide contact information for a friend or family member that WHC may contact in case you cannot be reached.

Name:

Phone number:

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.



Formulario Presuntivo de Elegibilidad de Inscripción

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:	<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"/>	Código Postal:	<input type="text"/>
------------	----------------------	---------	----------------------	---------	----------------------	----------------	----------------------

Teléfono de Casa:	<input type="text"/>	Celular:	<input type="text"/>
-------------------	----------------------	----------	----------------------

Teléfono de Trabajo:	<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	Estado Civil:	<input type="checkbox"/> Soltero/a	<input type="checkbox"/> Casado/a	<input type="checkbox"/> Divorciado/a
	<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+	<input type="checkbox"/> Separado/a		<input type="checkbox"/> Viuda		

Raza:	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Indio Americano	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii	<input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Otra:	<input type="text"/>
-------	---------------------------------	--------------------------------	--	-----------------------------------	---	---	--	--------------------------------	----------------------

Origen Hispano:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Idioma:	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Otro:	<input type="text"/>
-----------------	-----------------------------	-----------------------------	---------	---------------------------------	----------------------------------	--------------------------------	----------------------

¿Cómo se enteró de este programa?	<input type="checkbox"/> Doctor	<input type="checkbox"/> Radio/TV	<input type="checkbox"/> Familiar/Amigo	<input type="checkbox"/> Yo Mismo	<input type="checkbox"/> Feria de Salud	<input type="checkbox"/> AHN	<input type="checkbox"/> Otro:	<input type="text"/>
-----------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------	---	-----------------------------------	---	------------------------------	--------------------------------	----------------------

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 del Historial del Solicitante

<u>Historial de Mama</u>	<u>Historial Cervical</u>
--------------------------	---------------------------

¿Tiene algún problema en los senos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Se ha hecho un papanicolaou?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
-------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

Describe:	<input type="text"/>	Fecha de la última prueba de Papanicolaou (MES/DÍA/AÑO):	<input type="text"/>
-----------	----------------------	--	----------------------

¿Tiene implantes de senos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Fecha de su último ciclo menstrual (MES/DÍA/AÑO):	<input type="text"/>
----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---	----------------------

¿Se ha hecho una mamografía?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Edad que inicio su menstruación:	<input type="text"/>
------------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------------	----------------------

Fecha de la última mamografía (MES/DÍA/AÑO):	<input type="text"/>	¿Ha tenido una histerectomía?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
--	----------------------	-------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

¿Cáncer de mama en la familia?	¿Si indico sí, la causa fue por tener cáncer cervical?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
--------------------------------	--	--	-----------------------------	-----------------------------

<input type="checkbox"/> Yo	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Hija	<input type="checkbox"/> Hermana	<input type="checkbox"/> Nadie	<input type="checkbox"/> No se	¿Está recibiendo terapia de reemplazo hormonal?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
-----------------------------	--------------------------------	-------------------------------	----------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	---	-----------------------------	-----------------------------

Historia General

¿Cuál es su altura actual?	<input type="text"/>	¿Cuál es su peso actual?	<input type="text"/>	¿Esta físicamente activa?	<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 se ha hecho la prueba del cáncer colorrectal?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
---	-----------------------------	-----------------------------	---	-----------------------------	-----------------------------

Formulario Presuntivo de Elegibilidad de Inscripción

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

¿Alguna vez ha sido diagnosticada con alguna de las siguiente enfermedades?

Diabetes

Diabetes de embarazo

Alta Presion

Colesterol

Infarto/derrame cerebral

Cáncer

Tipo de Cáncer:

Sólo Para Uso de Oficina:

WHC member ID:

Clinic name:

Date eligible: (MM/DD/YY)

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

WHC enrolled

Referred to Nevada Medicaid

Healthcare marketplace referred (during open enrollment)

Date referred (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 referida 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, prueba de Papanicolaou y examen clínico de mama, sin costo alguno. A partir de los 50 años de edad, usted puede ser elegible para una mamografía 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 o mamografía. Servicios que reciba y que no cumplan con las guías de servicios de WHC, pueden llegar a ser su responsabilidad financiero.
- 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 cuales 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:

- Firme la forma de rechazo del cliente para rechazar los procedimientos/tratamiento que van en contra de las recomendaciones del médico.
- Actualizar la información de contacto a medida que cambie, para que el programa WHC pueda enviar correo, correos electrónicos, mensajes de texto con información de salud y recordatorios de citas o servicios programados.
- 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 utilizada para hacerme saber si necesito exámenes. Otra información puede ser usada 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 participar en procedimientos de diagnóstico adicionales hasta que se llegue a un diagnóstico final.

Autorizó a WHC enviarme recordatorios de detección de mensajes de texto a 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 envíe mensajes de texto

No, por favor no envíe 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 cumplo con la información de elegibilidad. Entiendo que mi participación en el programa es voluntaria y que puedo 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



Last name:

First name:

Date of birth (MM/DD/YY):

CLINICAL BREAST EXAM (CBE) FINDINGS

Was a high risk breast assessment performed at this appointment?

Yes No

Average risk

High risk

Unknown risk

Does the patient have breast symptoms?

Yes No

Normal

Benign (fibrocystic changes, pain & tenderness)

Discrete palpable mass-previous diagnosed as benign

Not performed (Explain in notes)

Refused

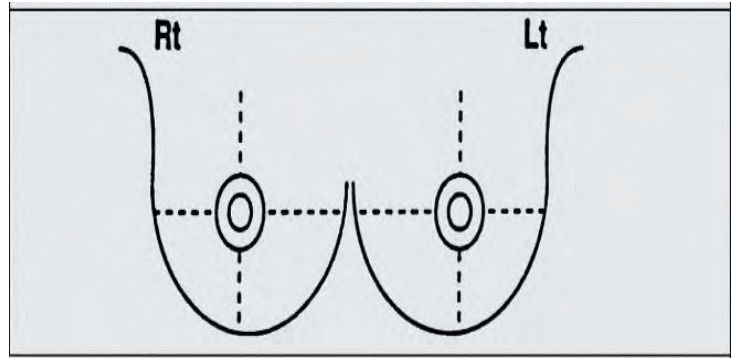
*Bloody/serous nipple discharge

*Discrete palpable mass-suspicious for cancer

*Nipple/areolar scaliness

*Skin dimpling/retraction

Please indicate abnormality and size on diagram below



***Diagnostic services (Mammogram and/or Ultrasound) must be completed first before referral to specialist**

Confirmation of breast cancer diagnosis

REASON FOR IMAGING (PLEASE REMIND PATIENT TO SCHEDULE APPT. WITHIN 60 DAYS)

Did patient have a previous screening mammogram?

Yes No

Date (MM/DD/YY):

Location:

Routine screening mammogram (Only for patients age 50+)

Diagnostic mammogram and/or ultrasound (Only for patients age 40+ with an abnormal CBE result)

Diagnostic mammogram (Only for patients age 40+ with an abnormal CBE result)

Ultrasound (Only for patients age 40+ with an abnormal CBE result)

MRI (For high risk women)

Imaging done outside WHC, client referred for diagnostic services only

Referral date (MM/DD/YY):

Imaging results:

Notes:

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"/> Refused	<input type="checkbox"/> Patient is pregnant	EDC (MM/DD/YY):	

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.