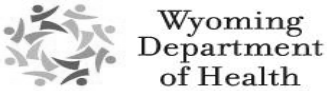
**Versión: Febrero 2013**




**Envíe el formulario completado a:**
Wyoming Breast and Cervical Cancer Early Detection Program
6101 Yellowstone Road, Suite 510
Cheyenne, WY 82002
1-800-264-1296 (phone)
Fax 1-307-777-3765
Web address: www.health.wyo.gov/PHSD/bccedp

**Seguro**: ¿Tiene seguro médico? ❒ Sí ❒ No
¿Tiene Medicaid (Title 19)? ❒ Sí ❒ No
¿Tiene Medicare Part B? ❒ Sí ❒ No

## Información Personal

Nombre: _____
Inicial: _____
Apellido: _____
Apellido de Soltera: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____
Domicilio: _____
Ciudad: _____ Zip: _____
Dirección: (si difiere de lo arriba marcado)
_____
Ciudad: _____Zip: _____
Condado: _____
Teléfono en Casa: _____
Celular: _____
Teléfono de Trabajo: _____
Número de Seguro Social: _____
(opcional)

## Office Use Only

Approved Initials: _____ _____ _____
Denied Initials: _____ _____ _____ _____
Date: _____
State ID #: _____

**Staff Notes:** _____
_____
_____
_____
_____

## Factores de Riesgo - *Marque con círculo.*

1. ¿Actualmente fuma/usa productos de tabaco? ***Sí*** ***No***
2. ¿Ha tenido una histerectomía? ***Sí*** ***No***
   Si sí, ¿se extirpó su cuello uterino?
   ***Sí*** ***No*** ***No sé***
3. ¿Cuándo fue su último Papanicolaou? _____
   ¿Fue anormal? ***Sí*** ***No***
   **Si sí, véase instrucciones abajo para el informe requerido.
4. ¿Cuándo fue su último mamograma? _____
5. ¿Fue anormal? ***Sí*** ***No***
   **Si sí, véase instrucciones abajo para el informe requerido.
6. ¿Cuándo fue su último examen clínico de mama? _____
7. Fue anormal? ***Sí*** ***No***
   **Si sí, véase instrucciones abajo para el informe requerido.
8. ¿Ha tenido cáncer de mama? ***Sí*** ***No***
   Si sí, ¿Cuándo? _____

**Ingreso Actual:** (Dé bruto antes de impuestos.)
Su ingreso de casa actual:
_____
Número de personas en el hogar mantenidas por éste ingreso: _____
***Nota:*** Si su ingreso varía de mes en mes, tome el promedio de los últimos tres meses. Si es auto-empleada, favor de indicar el ingreso neto de su empresa.

****Si ha tenido un examen clínico de mama, Papanicolaou, o mamograma anormal dentro de los últimos tres meses, favor de pedir una copia del informe a su proveedor de salud y envíelo por correo o fax junto con su solicitud. Si el informe no se incluye, habrá demora en el procesamiento de su solicitud.**

## ¿Cómo escuchó por primera vez de nosotras? Favor de marcar con círculo.

Proveedor de Salud: Nombre del Proveedor: _____
Hospital ● Radio ● TV ● Periódico● Internet ● Amiga ● Pariente ● Feria de Salud ● Salud Femenina/Salud de Imigrante ● Servicios Regionales de WY de Recursos para el Cáncer ● Programa para Indígenas ● Oficina del Condado para Salud Pública ● Otro: _____

## Raza/Etnicidad

**¿Es Ud. Hispana o Latina?**

❒ Sí ❒ No

**Marque una o más:**

❒ Blanca
❒ Negra o Afroamericana
❒ Indígena americana, Nativa de Alaska
❒ Asiática
❒ Nativa de Hawái o de otra Isla del Pacífico
❒ Otra _____

## Su Proveedor de Salud (si se aplica)

Nombre de la Clínica: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Zip: _____
No. De Teléfono: _____

## Contacto Alternativo ~ *Alguien que no vive con Ud. ahora.*

Nombre: _____
Domicilio: _____
Ciudad: _____ Zip: _____
Teléfono Diurno: _____
Parentesco: _____

## Declaración de Permiso y Confidencialidad

***La información que he provisto es correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que de ser aceptada en este programa y de haber provisto información falsa a sabiendas, podría ser obligada a repagar cualquier beneficio recibido. Entiendo que podría ser enjuiciada por fraude si: (a) He provisto información falsa y/o (b) cualquier cambio a mi ingreso y/o situación de seguro médico no se notifique después de ser matriculada.***

***Al acordar participar de este programa, Doy permiso a proveedores de salud, agencias de cobranza, El Departamento de Salud y el Programa de Detección Temprana de Cáncer de Mama y Cervical de Wyoming, los Centros de Control y Prevención de enfermedad, y a otros involucrados en mi cuidado para compartir información médica obtenida con el propósito de revisión, diagnosis, tratamiento, y evaluación de programa.***

***Entiendo que cualquier información recibida por el Programa de Detección de Cáncer Cervical y de Mama de Wyoming se tratará confidencialmente y que los usos y las divulgaciones se harán conforme a la política del Departamento de Salud de Wyoming (WDH).***

***Para información adicional pertinente a los usos y divulgaciones de información protegida de salud por WDH, visite el sitio web HIPAA del Departamento en http://www.health.wyo.gov/main/hipaa.html o llame al (307) 777-8664.***

***Su permiso se indica por su firma más abajo.***

Firma: _____

Nombre: _____

Fecha: _____ _____ _____ (mm/dd/aaaa)

Este formulario debe someterse dentro de 30 días de su firma arriba. Por favor tome el tiempo de revisar este formulario, asegurarse de que toda pregunta esté contestada, de haberla firmado y de adjuntar todo informe requerido. Solicitudes incompletas no se pueden procesar. ***Si necesita ayuda, llame al 1-800-264-1296 y oprima la Opción # 1 para ayuda.*** Para agilizar el proceso envíe el formulario por fax al (307-777-3765). *¡Gracias!*