

FORMA DE ANTECEDENTES PERSONALES

For Clinic Staff use only	
Enrollment Date: _____	<input type="checkbox"/> I have verified this patient's Lawful Presence documentation.

Chart #:

Instrucciones: Por favor conteste todas las siguientes partes. Las secciones sombreadas necesitan contestarse completamente.

IDENTIFICACIÓN	Apellido:	Nombre:	Segundo nombre:	Apellido de soltera:
	Últimos 4 números de su número de seguro social: _____	Fecha de nacimiento: _____	Edad: _____	
	¿Se considera latina, hispana o española? Elija una de las siguientes opciones: <input type="checkbox"/> SÍ, yo soy latina y/o hispana. Conteste la sección de la derecha. Marque todo lo que sea verdad. <input type="checkbox"/> NO, no soy ni latina ni hispana. Conteste la sección de la derecha. <input type="checkbox"/> NO ESTOY SEGURA si soy latina o hispana. Conteste la sección de la derecha. <input type="checkbox"/> ME NIEGO A RESPONDER. Conteste la sección de la derecha.			
	<input type="checkbox"/> Latina- blanca <input type="checkbox"/> Latina- negra/ Afro Americana <input type="checkbox"/> Latina- asiática <input type="checkbox"/> Latina- Indígena Americana <input type="checkbox"/> Latina- nacida en Alaska <input type="checkbox"/> Latina- nacida en las islas Aleutianas <input type="checkbox"/> Latina- nacida en Hawaii <input type="checkbox"/> Latina- nacida en las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> No estoy segura <input type="checkbox"/> No quiero responder			
¿De que raza(s) es usted? Marque todo lo que sea verdad: <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra/ AfroAmericana <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Indígena Americana <input type="checkbox"/> Originaria de Alaska <input type="checkbox"/> De las islas Aleutianas <input type="checkbox"/> Originaria de Hawaii <input type="checkbox"/> De las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> No estoy segura <input type="checkbox"/> No quiero responder				

INSCRIPCIÓN	¿Tiene seguro médico privado o Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí, tengo seguro médico privado. Marque a continuación si algo es cierto: <input type="checkbox"/> pero tengo un deducible alto <input type="checkbox"/> pero no cubre el examen para detección de cáncer <input type="checkbox"/> Sí, tengo Medicaid <input type="checkbox"/> No, no tengo seguro médico privado	¿Tiene usted Medicare? <input type="checkbox"/> Sí, sólo la parte A <input type="checkbox"/> Sí, las partes A y B <input type="checkbox"/> No, no tengo Medicare	Por favor envíe la carta de recordatorio: <input type="checkbox"/> En inglés <input type="checkbox"/> En español <input type="checkbox"/> No me envíe carta de recordatorio	
	Basado en mi conocimiento mi ingreso mensual bruto familiar es el siguiente: \$ _____	El número de personas que viven con este ingreso, incluyendome (puede incluir a personas que no vivan en su casa) es de: _____		
	¿Cómo supo de estos exámenes gratuitos de WWC para detectar cánceres de seno y cervical? Marque todos lo que sean verdad. <input type="checkbox"/> Feria de Salud (9Health) <input type="checkbox"/> Folleto / Póster <input type="checkbox"/> Familiar / amistad <input type="checkbox"/> Anuncio de Periódico <input type="checkbox"/> Anuncio de Radio <input type="checkbox"/> Anuncio de Televisión <input type="checkbox"/> Por medio de un evento o personal de Women's Wellness Connection <input type="checkbox"/> Otro			

CONTACTO	Número de teléfono Trabajo: (____) ____ - ____	Dirección Postal:		
	Número de teléfono Casa: (____) ____ - ____	Ciudad:	Estado:	Código Postal: _____
	Número de teléfono Celular: (____) ____ - ____	Dirección de Correo Electrónico:		
	Número de teléfono para comunicarnos en caso de que su número cambie en el futuro o en caso de una emergencia: (____) ____ - ____	Condado:		