



Enviar a:  
**Programa de Detección Temprana de Cáncer  
 al Pecho y Cervical de Wyoming**  
**Departamento de Salud de Wyoming**  
**6101 Yellowstone Road, Suite 259 A**  
**Cheyenne, WY 82002**  
**1-800-264-1296**  
**Fax 1-307-777-3765**

Revisado en Junio 2007

**Seguro** Si usted tiene Medicaid (Title 19), Medicare parte B, o algún seguro privado, usted **NO** calificará para inscribirse, **PARE AQUÍ.**

**Información Personal**

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Primer Apellido: \_\_\_\_\_  
 Segundo Apellido: \_\_\_\_\_  
 Nombre de Soltera: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_  
 Dirección Postal: (Si es diferente a la anterior) \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Condado \_\_\_\_\_  
 Teléfono de casa: \_\_\_\_\_  
 Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_  
 \* Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
 Dónde Nació? \_\_\_\_\_  
 \*\* Es usted ciudadana de U.S? \_\_\_\_\_  
 Si es no, tiene documentos legales? \_\_\_\_\_  
 \* El Número de Seguro Social es opcional  
 \*\* Ciudadanía o documentación legal **NO** es un requisito para inscribirse, pero es requerido si se necesita un tratamiento y es pagado por Medicaid.

**Factor de Riesgo**

1. Ha tenido una isterectomía? **Si No**  
 Si es así, le removieron su cervix? **Si No**
2. Cuando fue su último Papanicolau? \_\_\_\_\_
3. Fue anormal? **Si No**  
 \*\*\* Si es sí, vea las instrucciones de para el reporte requerido.
4. Fecha de su último: \_\_\_\_\_
5. Fué anormal? **Si No**  
 \*\*\* Si es sí, vea las instrucciones de para el reporte requerido.
6. Cuando fue su último exámen? \_\_\_\_\_
7. Fue anormal: **Si No**  
 \*\*\* Si es sí, vea las instrucciones de para el reporte requerido.
8. Ha tenido cáncer al pecho? **Si No**  
 Si es sí, cuando? \_\_\_\_\_
9. Es usted fumadora? **Si No**
10. Ha fumado usted (aunque sea una inhalación) en los últimos 30 días? **Si No**
11. Ha fumado por le menos 100 toda su vida? **Si No**

**Solamente para uso de Oficina**

Approved Initials: \_\_\_\_\_  
 Denied Initials: \_\_\_\_\_  
 Date: \_\_\_\_\_  
 State ID #: \_\_\_\_\_

**Sueldo - (antes de los taxes)**

Sueldo mensual en casa: \_\_\_\_\_  
 Numero de personas en casa: \_\_\_\_\_

**\*\*\*Si usted ha tenido en exámen anormal de los pechos, Papanicolau y/o un mamograma entre los 3 últimos meses, por favor pídale el reporte a su médico y envíe el reporte con su aplicación. Si usted no incluye el reporte, el proceso para su aplicación tomará más tiempo.**

### Como supo de nosotros?

- Doctor de cabecera Nombre del doctor \_\_\_\_\_  Hospital  
 Aviso en radio  Aviso en periódico  Aviso en TV  Internet  Trabajadora Comunitaria de la Salud  
 Amigos  Miembros de la familia  Feria de la salud  Desconocido  
 Red de Cáncer a los Pechos y Cervical de Wyoming  Otros (especifique) \_\_\_\_\_

### Raza Etnica

Se describe usted como Español, Hispánico O Latino?

- Si  No

Por favor elija sólo una de las siguientes:

- Blanco  
 Negro o Afro Americano  
 Indio Americano, Nativo de Alaska  
 Asiático  
 u otra Isla Pacífica  
Otro (especifique) \_\_\_\_\_

### Su Médico

Nombre \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_  
Cód.Posta \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_

**Otros Contactos:** Anote a alguien que no viva con usted.

Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección Física: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Cód.Postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_ (m/d/año)

### Consentimiento y Descargo Por favor leela cuidadosamente.

*Entiendo que si soy aceptada en este programa, puede que requiera de un repago por cualquier beneficio que haya recibido. Adicionalmente, podría ser enjuiciada por fraude por entregar información incorrecta o declarar un salario que no corresponde o no haber reportado el estado de mi seguro. Estando de acuerdo en tomar parte de este programa, doy autorización a los médicos, Programa de Detección Temprana de Cáncer a los Pechos y Cervical de Wyoming, Departamento de Salud de Wyoming, Centro de Control y Prevención de Enfermedades y otras implicancias en mi salud, para compartir la información médica obtenida, con el propósito de investigar, diagnosticar, tratar y evaluar mi programa. Entiendo que la información recibida por el Programa de Detección Temprana de Cáncer de Pechos y Cervical de Wyoming será manejada como confidencial y estará disponible para otros solamente por necesidad. Los reportes no serán identificados con mi nombre. Para información adicional con respecto a las políticas privadas del Departamento de Salud de Wyoming, llame al (307) 777-7656. Ó visite la página en internet del Departamento de HIPAA: [www.healthywyoming.org](http://www.healthywyoming.org)*

Por favor tome el tiempo necesario para revisar su aplicación. Asegurese que respondió a todas las preguntas y está enviando todos los reportes requeridos. Aplicaciones incompletas serán devueltas para completarlas. Si necesita ayuda para completar su aplicación, llame al 1-800-264-1296 y oprima la opción # 1 para asistencia.