

YWCA OF LUBBOCK

# INICIATIVA PARA LA SALUD DE LAS MUJERES

YWCA Iniciativa para la salud de las Mujeres  
ywcalubbock.org

P.O. Box 94136, Lubbock, TX 79493  
806.687.8858 | fax 806.784.0698

## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

### Información del Cliente

Fecha \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ SSN \_\_\_\_\_

Nombre (Nombre, Segundo Nombre, Apellido, Apellido de Soltera) \_\_\_\_\_

Dirección Postal \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Podemos texto usted?    Sí    No    Esta empleada?    Sí    No

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

Raza    Negra    Blanca    India Americana    Asiática    Otra (especificar \_\_\_\_\_)

Etnicidad    Hispana/Latina    NO Hispana/Latina

Genéro    Mujer    Hombre    Transgénero    Nonbinary    Otra (especificar \_\_\_\_\_)

Cómo te identificas?    Heterosexual    Lesbiana    Homosexual    Bisexual    Other \_\_\_\_\_

Idioma mas hablada    Ingles    Español    Otra (especificar \_\_\_\_\_)

Nació en Estados Unidos?    Sí    No    Si no, en donde nació? \_\_\_\_\_

Si no, eres residente legal?    Sí    No    Desde cuándo? \_\_\_\_\_

Numero de personas que viven en el hogar \_\_\_\_\_ Ingresos mensuales totales (típico) \$ \_\_\_\_\_

Tiene Medicare?    Sí    No    Medicaid?    Sí    No    Medicaid de mujer?    Sí    No

Seguro?    Sí    No    Recebéis cualquier asistencia médica financiera (especificar)? \_\_\_\_\_

Que es el último año que asistió a la escuela?

\_\_\_\_ Grado    GED    Diploma de secundaria    Titulo de colegio    Ninguna

### Contacto Alterno

Nombre (Nombre, Apellido) \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

**Preferencia de proveedor (ara mamografía)**

University Medical Center (UMC) Breast Imaging      Covenant Joe Arrington Comprehensive Breast Center

**Historia de Examen Cervical**

Fecha de su ultimo Papanicolaou \_\_\_\_\_ Resultado    Negativo    Anormal    Desconocido

Fecha de previa HPV prueba \_\_\_\_\_ Resultado    Negativo    Anormal    Desconocido

Alguna vez ha tenido una prueba de Papanicolaou anormal?    Sí    No    En caso afirmativo, cuándo \_\_\_\_\_

Alguna vez ha tenido cáncer de cuello uterino?    Sí    No    En caso afirmativo, cuándo \_\_\_\_\_

Estas embarazada?    Sí    No    En caso afirmativo, cuándo nace \_\_\_\_\_

Está post menopáusicas?    Sí    No

**Historia de Proyección de los Senos**

Te has hecho una mamografía?    Sí    No    En caso afirmativo, cuándo? \_\_\_\_\_

Dónde? \_\_\_\_\_ Resultados    Normal    Anormal    Desconocida

Ha tenido biopsie de senos?    Sí    No

En caso afirmativo, que tipo? \_\_\_\_\_ Cual seno?    Izquierda    Derecha

Ha tenido cáncer de seno?    Sí    No    No estoy segura

En caso afirmativo, cuándo? \_\_\_\_\_

Han tenido su madre, hermana, hija cáncer de los senos?    Sí    No

En caso afirmativo, qué edad se le diagnostico? \_\_\_\_\_

Ha tenido una histerectomia?    Sí    No    En caso afirmativo, por que y cuando? \_\_\_\_\_

**Historia de Proyección Medica**

Tienes alguna incapacidad?    Sí    No    Si la respuesta es sí, explique \_\_\_\_\_

Tienes historia de fumar or vapear?    De fumar    Vapear

En caso afirmativo, cuanto tiempo? \_\_\_\_\_ Cuantos por día (cigarillos or bocanadas)? \_\_\_\_\_

Haz dado a luz?    Sí    No    En caso afirmativo, edad en el primer parto \_\_\_\_\_

Nosotros no discriminamos contra ninguna persona en base a raza, color, origen natural, sexo, edad, religión o discapacidad; en nuestro programa de servicios.

**Consentimiento para Servicio**

Por mi firma abajo, yo consiento a servicios proporcionados por el Seno y Programa Cervical de Iniciativa de Salud del YWCA de Lubbock necesario para el descubrimiento temprano de seno y cáncer cervical.

**Consienta para la Liberacion de Informacion**

Yo por la presente autorizo University Medical Center, Texas Tech University Health Sciences Center, Joe Arrington Cancer Center, Covenant Health Systems, Covenant Medical Group, o Sistemas de Salud de Convenio y/o mi dispensario privado de medico/asistencia sanitaria para Revelar un preporte de cualquier investigacion o procedimientos diagnosticos hechos para el proposito de descubrimiento temprano de cáncer seno/cervical a los proveedores médicos referidos y/o mi dispensario privado de la médico/asistencia sanitaria.

La revelación de informacion autorizo en esto es causada el proposito de seguimiento. Deba necesito procedimientos diagnosticos adicionales y tal revelacion será limitada a los tipos especificos siguientes de información:

- Los resultados de seno clinico y/o examen cervical, resultados de investigacion de mamografía resultados de Papanicolaou, la biopsia resluta y más procedimientos diagnosticos necesarios para el descubrimiento temprano de cáncer seno/cervical.
- Estoy de acuerdo a datos demográficos no identificable ser utilizado por la YWCA para la elaboracion de informes.

Comprendo que mi participacion en la inciativa de salud de las mujeres de la YWCA que será pedido se tener evaluacion o iniciacion adicionales de tratamiento si cualquier anormalidad es encontrada en mi Papanicolaou o el mamografia. Conuerdo en embalar gestion y probando aún más hasta que un diagnostico final sea hecho.

Concordando en recibir servicios por la iniciativa de salud de las mujeres de la YWCA, yo comprendo que acepto la liberacion de informacion al Medicamento-Lo (Informacion Medica que Rastrea Sistema) registra sistema asi como al YWCA de Lubbock.

X \_\_\_\_\_  
Firma de Cliente

\_\_\_\_\_  
La Fecha de Firma

\_\_\_\_\_  
El Nombre Impreso de Cliente

X \_\_\_\_\_  
Presencie Firma (alguien más que cliente)

\_\_\_\_\_  
La Fecha de Firma



**Información de los ingresos del hogar**

Nombre de la persona que recibe el dinero	Nombre del empleador o la persona que paga el dinero	Monto recibido al mes

Tipo de deducción	Monto de la deducción

**Sección II. Información sobre la atención médica del solicitante**

He leído la sección de Derechos y responsabilidades.

**Aviso sobre la confidencialidad**

Salvo en contadas excepciones, usted tiene derecho a pedir una copia de la información que el estado de Texas recopile sobre usted. Tiene derecho a obtener y revisar esos datos cuando usted lo pida. Usted también tiene derecho a pedir que una dependencia estatal corrija cualquier información que usted considere incorrecta. (Secciones 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004 del Código Gubernamental)

**Información importante para veteranos**

Las mujeres y los hombres que hayan servido en cualquier rama de los cuerpos de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos (incluidos el Ejército, la Armada, los Marines, la Fuerza Aérea, la Guardia Costera, las Reservas o la Guardia Nacional) podrían tener derecho a recibir beneficios y servicios adicionales. Para más información, visite el portal web de los veteranos de Texas en [veterans.portal.texas.gov](http://veterans.portal.texas.gov).

**Acuse de recibo**

Entiendo que esta solicitud es un documento legal y que al firmarla doy fe de que, hasta donde yo sé, toda la información que he proporcionado es correcta y verdadera. Entiendo que dar información falsa podría llevar a ser descalificado del programa o a tener que reembolsar el costo de los servicios recibidos, y que si se aprueba que reciba los servicios del programa debo cumplir con sus normas, entre ellas el seguir cumpliendo los requisitos y el cumplir todas las demás responsabilidades de los beneficiarios.

Ponga sus iniciales

**Certificación de la cobertura**

Doy fe de que, hasta donde yo sé, no cuento con más cobertura que la indicada en la Sección II, Información sobre la atención médica del solicitante. Autorizo al programa a que cobre a las fuentes de cobertura indicadas cualquier servicio prestado.

Ponga sus iniciales

**Declaración sobre la divulgación de información**

Autorizo la divulgación de información médica y de ingresos al proveedor y a la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas, según sea necesario, para determinar mi derecho a los servicios, coordinarlos, prestarlos y cobrar por ellos.

Ponga sus iniciales

X

Firma del solicitante

Fecha