

P.O. Box 142107 (801) 538-6712
Salt Lake City, UT 84118-2107 1-800-717-1811
Fax: (801) 538-9030

DATE: _____ FULL CDC
CLINIC # _____ BO UCCP
SCREENER # _____ PO

Nombre: _____ / _____ / _____
Apellido Nombre Inicial Apellido de soltera D.O.B.

Domicilio: _____
Calle Ciudad Condado Estado Código Postal

Tel. de Casa: (____) _____ Tel del Trabajo: (____) _____ Numero de Cel: (____) _____

El mayor tiempo para llamar: _____ Discapacidad Auditiva? Email: _____
 A.M. P.M.

Contacto de Emergencia: _____ Numero del Tel:(____) _____

DEBE SER COMPLETADO POR EL CLIENTE

NO DEJAR EN BLANCO

Ingreso familiar total del hogar (*de todos los adultos que trabajan*) por año: \$ _____

Número de miembros de la familia reciben apoyo en el ingreso (*incluyendo la auto*): _____

¿Ha vivido en Utah durante los últimos 6 meses?

Si No

Nombre de su proveedor de servicios medicos: _____

¿Cuál es su raza? (*Por favor, marque todo lo que corresponda*)

- Blanco
- Negro o Afroamericano
- Asiático
- Nativo Hawaiano o otros Isleños Del Pacifico
- Indio Americano o Nativo de Alaska
- No Sabe

¿Es Usted de origen hispano?

Si No No Sabe

¿Necesita información en Español? Si No

Lenguaje primario: _____

¿Qué tipo de seguro de medico tiene usted?

(*Marque todo lo que corresponda*)

- Sin seguro Seguro Privado
- Medicaid Medicare

Suscriptor / #de Miembro: _____

Nombre de Seguro de Salud: _____

De Grupo: _____

Para los pacientes mayores de 65 años:

- No Medicare Parte B
- Zona rural (A 50 millas o más de un proveedor)

¿Cómo se enteró de este programa? (*Marque sólo una*)

- Internet Cartel, volante, etc.
- Periódico Evento comunitario
- TV Boletín/actividad de la iglesia
- Radio Soy Paciente Previa
- Amigo o Pariente Medicaid
- Médico, clinica, hospital Promotoras

¿Cuál es la razón más importante que vino a esta clinica?

(*Marque sólo una*)

- Conveniente
- Asequible
- Examinadores femeninos
- Vale de mamografía gratis

¿Cuál es el nivel más alto de educación que ha completado? (*Marque sólo una*)

- No termino la Escuela Graduado del Colegio
- Graduado de la Escuela Título de postgrado
- Algo de escuela técnica No Se
- Graduado de la escuela técnica No quiere responder
- Algo de Colegio

¿Usted Fuma? (*Incluye cigarillos, pipas o cigarros – Tabaco fumado en cualquier forma*)

- Fumador actual _____ paquetes al día o _____ cigarillos al día por _____ años
- Dejé de fumar hace 1-12 meses
- Dejé de fumar más de 12 meses
- Nunca he fumado
- No quiero responder

¿Está interesado en dejar de fumar?

- Sí y quiero ser referida a la línea de dejar de fumar
- Sí, pero sólo quiero materiales para dejar de fumar
- No

¿Aproximadamente cuántas horas al día, en promedio, está en la misma habitación o vehículo con otra persona que está fumando?

- Número de horas _____
- Menos de una
- Ninguna
- No quiero responder

¿Ha tenido alguna vez una mamografía?

- Si
- No
- No Sabe

En caso afirmativo, cuándo y se fue la última mamografía?

Mes: _____ Año: _____

Hospital/Centro: _____

¿Usted tiene historial de salud familiar de cancer de mama?

- Si
- No
- No Sabe

¿Si es así, quien que las relaciones han tenido cáncer?

- Madre
- Tía (materna)
- Hermana
- Tía (paternal)
- Abuela (materna)
- Hija
- Abuela (paterna)
- Padre/Hermano
- No sabe

¿Alguna vez ha tenido cancer?

- Si, diagnosticada en Mes _____ Año _____
- No
- No Sabe

¿Los síntomas de mama conducen a esta visita?

- Si: _____
- No
- No Sabe

¿Ha tenido una prueba de Papanicolaou antes?

- Si, Mes: _____ Año: _____
- No
- No Sabe

¿Ha tenido alguna vez una citología vaginal *anormal*?

- Si (*Resultados*): _____
- No
- No Sabe

¿Ha tenido una histerectomía?

- Si
- No
- No Sabe

En caso afirmativo, fecha del procedimiento: _____

- Razón:**
- Condiciones precancerosas cervicales
 - Cáncer cervical
 - Otras razones

¿Si es así, es el actual cuello uterino?

- Si
- No
- No Sabe

Fecha de la última menstruación: _____/_____/_____

¿Ha pasado usted por la menopausia?

- Sí
- No
- No Sabe

¿Tiene algún sangrado vaginal anormal?

- Yes
- No
- No Sabe

¿Usted toma algún tipo de hormona?

- Si
- No
- No Sabe

- Si es así,
- Hormonas _____/Años
 - Tiroides _____/Años
 - Anticonceptivos _____/Años

BREAST SCREENING TO BE COMPLETED BY SCREENER

What are the results of the CBE?

- Normal exam
- Fibrocystic changes, diffuse lumpiness or nodularity
- Abnormality *Suspicious for Cancer*, for example:
 - Discrete palpable mass
 - Bloody or serous nipple discharge
 - Nipple/areolar scaliness
 - Skin dimpling or retraction
 - Enlarged lymph node(s)
- Other abnormality *not* suspicious for cancer (*verbal referral only*)

Describe: _____

Patient Referred For:

- Screening mammogram. Voucher # _____
- Diagnostic mammogram. Voucher # _____

Screeener Comments: _____

CERVICAL SCREENING TO BE COMPLETED BY SCREENER

Did the client receive a Pap test?

- Yes, *Source*:
 - Endocervix
 - Cervix
 - Vagina
- No, client refused / Pap not possible at this time
- No, Pap not needed at this time

Did the client receive a pelvic exam this visit?

- Yes
- No

Pelvic Exam:

- Within normal limits
- Abnormality *Suspicious for Cancer*
- Other abnormality *not* suspicious for cancer (*Referral not funded*)

Describe: _____

Screeener Comments: _____

