

DATE: _____ □ FULL \Box CDC P.O. Box 142107 (801) 538-6712 CLINIC # \Box BO \square UCCP Salt Lake City, UT 84118-2107 1-800-717-1811 Fax: (801) 538-9030 SCREENER # Nombre: Nombre Apellido de soltera Inicial Domicilio: Ciudad Condado Estado Código Postal Tel. de Casa: () _____ Tel del Trabajo: (_____ Numero de Cel: (_____ Discapacidad Auditiva?

Email: El major tiempo para llamar: □ A.M. □ P.M. Numero del Tel:(___)___ Contacto de Emergencia: ¿Cómo se enteró de este programa? (Marque sólo una) DEBE SER COMPLETADO POR EL CLIENTE Internet ☐ Cartel, volante, etc. NO DEJAR EN BLANCO Periódico ☐ Evento comunitario TV ☐ Boletín/actividad de la iglesia Ingreso familiar total del hogar (de todos los adultos que □ Radio ☐ Soy Paciente Previa trabajan) por aňo: \$_____ Amigo o Pariente

Medicaid Médico, clinica, hospital

Promontoras Número de miembros de la familia reciben apoyo en el ingreso (incluyendo la auto): ¿Cuál es la razón más importante que vino a esta clinica? Marque sólo una) ¿Ha vivido en Utah durante los úúltimos 6 meses? Conveniente □ Si □ No ☐ Asequible Nombre de su proveedor de servicios medicos: ☐ Examinadores femeninos Vale de mamografia gratis ¿Cuál es su raza? (Por favor, marque todo lo que corresponda) ¿Cuál es el nivel más alto de educación que ha completado? (Marque sólo una) Blanco No termino la Escuela ☐ Graduado del Colegio ☐ Negro o Afroamericano Graduado de la Escuela ☐ Titulo Algo de escuela técnica ☐ No Se ☐ Titulo de postgrado Nativo Hawaiano o otros Isleños Del Pacifico Graduado de la escuela técnica

No quiere responder Indio Americano o Nativo de Alaska Algo de Colegio No Sabe ¿Usted Fuma? (Incluye cigarillos, pipas o cigarros – Tabaco fumado en ¿Es Usted de origen hispano? cualquier forma) □ Si □ No ☐ No Sabe ☐ Fumador actual paquetes al día o cigarillos al día por aňos ¿Necesita información en Español? □ No Dejé de fumar hace 1-12 meses Lenguaje primario: _____ Dejé de fumar más de 12 meses Nunca he fumado ¿Qué tipo de seguro de medico tiene usted? No quiero responder (Marque todo lo que corresponda) ¿Está interesado en dejar de fumar? ☐ Seguro Privado ☐ Sin seguro Sí y quiero ser referida a la línea de dejar de fumar ☐ Medicaid ☐ Medicare Sí, pero sólo quiero materiales para dejar de fumar Suscriptor / #de Miembro: _____ No Nombre de Seguro de Salud: ¿Aproximadamente cuántas horas al día, en promedio, está en la misma habitación o vehículo con otra persona que está fumando? # De Grupo: _____ Número de horas Para los pacientes mayors de 65 años: Menos de una □ No Medicare Parte B Ninguna ☐ Zona rural (A 50 millas o más de un proveedor) No quiero responder

Si No No Sabe Cervical solution are stated und instruction of the above of the stated und instruction of the stated un		
No No Sabe No Sabe In cuso affrmativo, cuando y se fue la altima mamangrafia? Mes:	¿Ha tenido alguna vez una mamograf <mark>í</mark> a? □ S:	BREAST SCREENING
En caso afirmativo, cuindo y se fue la ilitima mamografia? Mes:		TO BE COMPLETED BY SCREENER
Simple	□ No Sabe	What are the results of the CBE?
Abnormality Staylicious for Cancer, for example:	En caso afirmativo, cu <mark>á</mark> ndo y se fue la <mark>ú</mark> ltima mamografia?	
Discrete palpable mass Bloody or serous nipple discharge Nipple/arcsolar scaliness Bloody or serous nipple discharge Nipple/arcsolar scaliness Bloody or serous nipple discharge Nipple/arcsolar scaliness Skin dimpling or retraction Enlarged lymph node(s) Other abnormality not suspicious for cancer (verbal referral only) Describe: Abuela (materna) High Abuela (materna) High Abuela (materna) High Abuela (materna) Padre/Hermano No sabe Skin dimgnisticada en Mes Año Disagnostic mammogram. Voucher # Branch de Papanicolaou antes? Skin dimgnisticada en Mes Año No Sabe Skin dimgnisticada en Mes Año Disagnostic mammogram. Voucher # Screener Comments: Screening mammogram. Voucher # Screener Comments: Yes, Source: No, Client receive a Pap test? Yes, Source: No, Client receive a Pap test? Yes, Source: Yes, Source: No, Client receive a Pap test? Yes, Source: No, Client recei	Mes:Aňo:	-
Bloody or serous nipple discharge Nipple/arcolar scaliness Ski dimpling or retraction Nipple/arcolar scaliness Ski dimpling or retraction Hailarged lymph node(s) Other abnormality not suspicious for cancer (werbal referral only) Describe: Ski dimpling or retraction Hailarged lymph node(s) Other abnormality not suspicious for cancer (werbal referral only) Describe: Patient Referred For: Screening mammogram. Voucher # Diagnostic mammogram. Voucher # Screening m	Hospital/Centro:	
Si	¿Usted tiene historial de salud familiar de cancer de mama?	
No Sabe Skin dimpling or retraction Enlarged lymph node(s) Other abnormality not suspicious for cancer (verbal referral only) Describe: Patient Referred For: Other abnormality not suspicious for cancer (verbal referral only) Describe: Patient Referred Individuals Padre/Hermano No Sabe Abuela (paterna) Padre/Hermano No Sabe Padre/Hermano No Sabe Padre/Hermano No Sabe Screening mammogram. Voucher # Diagnostic mammogram. Voucher # Diagnost		11
Si es asi, quien que las relaciones han tenido cáncer? Madre		
Madre Tia (materna) Hermana Tia (materna) Hermana Tia (paterna) Hole (materna) Hole (matern		
Hermana		
Abuela (materna)		
No sabe Alguna vez ha tenido cancer?	□ Abuela (materna) □ Hija	Describe.
No No Sabe Si, diagnosticada en Mes Año Diagnostic mammogram. Voucher # Diagnostic mammogram. Voucher # Screening mammogram. Voucher # Si Diagnostic mammogram. Voucher # Screening mammogram. Voucher # Screening mammogram. Voucher # Screening mammogram. Voucher # Screening mammogram. Voucher # Si Diagnostic mammogram. Voucher # Screening mammogram. Voucher # Screener Comments: Screener Comments: Screener Comments: Screener Comments: Screener Comments: Screener Comments: Screener Comments Screener Comments Screener Comments Screener Com	u /	Patient Deferred Fore
Si, diagnosticada en Mes		
Screener Comments: No		
Si:		
Si:	□ No □ No Sabe	Screener Comments:
CERVICAL SCREENING Ha tenido una prueba de Papanicolaou antes? Si, Mes:	¿Los síntomas de mama conducen a esta visita?	
CERVICAL SCREENING TO BE COMPLETED BY SCREENER Si, Mes:		-
### tenido una prueba de Papanicolaou antes? Si, Mes:	□ No □ No Sabe	CERVICAL SCREENING
Si, Mes:		
Did the client receive a Pap test? Si (Resultados): No		
Yes, Source: Endocervix Vagina No, client refused / Pap not possible at this time No, Pap not needed at this time No, Pap not need		Did the client receive a Pap test?
No		_
No, ellent retused / Pap not possible at this time No, Pap not needed at this time No place No No No Sabe No No Sabe		
Si		
En caso afirmativo, fecha del procedimiento: Razon:		□ No, Pap not needed at this time
Razón: Condiciones precancerosas cervicales Yes No		Did the client receive a pelvic exam this visit?
Cáncer cervical Otras razones Si es asi, es el actual cuello uterino? Si No No Sabe Fecha de la última menstruación: Si No No Sabe Fecha de la última menstruación: Si No No Sabe Fecha de la última menopausia? Si No No Sabe ¿Tiene algún sangrado vaginal anormal? Si No No Sabe ¿Usted toma algún tipo de hormona? Si es asi, Hormonas / Años Tiroides / Años	_	□ Yes
Otras razones ¿Si es asi, es el actual cuello uterino? Si No No Sabe Fecha de la última menstruación: / / Other abnormality Suspicious for Cancer (Referral not funded) Describe:		□ No
Si No No Sabe Fecha de la última menstruación: / / Other abnormality Suspicious for Cancer (Referral not funded) Describe: □ Yes □ No □ No Sabe ¿Usted toma algún tipo de hormona? □ Si □ No □ No Sabe Si es así, □ Hormonas _ /Aňos □ Tiroides _ /Aňos		Pelvic Exam:
Fecha de la última menstruación:/	¿Si es as <mark>í</mark> , es el actual cuello uterino?	☐ Within normal limits
Fecha de la última menstruación:/	□ Si □ No □ No Sabe	
¿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 No Sabe Si es así, Hormonas/Aňos Tiroides/Aňos	Fecha de la última menstruación: / /	
☐ Sí ☐ No ☐ No Sabe ¿Tiene algún sangrado vaginal anormal? ☐ Yes ☐ No ☐ No Sabe \$Creener Comments: ☐ Si ☐ No ☐ No Sabe Screener Comments: ☐ Si ☐ Si ☐ No ☐ No Sabe ☐ Tiroides/Aňos ☐ Tiroides/Aňos		
¿Tiene algún sangrado vaginal anormal? Sereener Comments: Usted toma algún tipo de hormona? Si es así, Hormonas/Aňos Tiroides/Aňos		Describe:
☐ Yes ☐ No ☐ No Sabe ¿Usted toma algún tipo de hormona? ☐ Si ☐ No ☐ No Sabe Si es así, ☐ Hormonas/Aňos ☐ Tiroides/Aňos		
¿Usted toma algún tipo de hormona? □ Si □ No □ No Sabe Si es así, □ Hormonas/Aňos □ Tiroides/Aňos		
□ Si □ No □ No Sabe Si es así, □ Hormonas/Aňos		Screener Comments:
Si es así,		
☐ Tiroides/Años	_	
= 'Immorration 'Immor	☐ Anticonceptivos/Años	