

Identificación de la paciente

N.º de programa ____

N.º de identificación _____

Fecha de inscripción ____ / ____ / ____ (mm/dd/aaaa)

Apellido _____

Nombre _____ Inicial 2º nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____

Estado ____ Código postal ____ Condado de residencia ____ (001-099, o 111 fuera de Iowa)

Teléfono (____) ____ - ____ Correo electrónico _____



Complete este formulario una vez por año en la inscripción anual. Escriba toda la información en letra de IMPRENTA.

Cuál es el idioma primario que se habla en su hogar:

- 1. Inglés
- 2. Español
- 3. Árabe
- 4. Chino
- 5. Francés
- 6. Italiano
- 7. Japonés
- 8. Coreano
- 9. Polaco
- 10. Ruso
- 11. Tagalog
- 12. Vietnamita
- 13. Francés criollo ("créole")
- 14. Portugués
- 15. Hmong
- 16. Otro _____

Desea recibir la información de salud escrita en:

- 1. Inglés
- 2. Español
- 3. Vietnamita
- 4. Otro _____

Información demográfica de la paciente

1. ¿Es la primera vez que se inscribe en el programa Iowa Care for Yourself?

- 1. Sí
- 2. No (continúe con las preguntas 2-5) →

2. Seguro de salud (marque solamente una opción)

- 1. Ninguno
 - 1a. Fecha de remisión al seguro ____ / ____ / ____ (mm/dd/aaaa)
- 2. Seguro (Incluye la Parte B de Medicare)
- 3. Medicare A (no Parte B)
- 4. Seguro insuficiente (Asistencia con copago y/o deducible alto)

1a. Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____ (mm/dd/aaaa)

1b. Nombre de soltera _____

1c. ¿Origen hispano o latino?

- 1. Sí
- 2. No
- 3. Desconocido

Responda 1d-1i para identificar su raza

Sí No Desconocido

- 1d. Blanca
- 1e. Negra o afroamericana
- 1f. Asiática
- 1g. Nativa de Hawai o de otra isla del Pacífico
- 1h. Nativa americana o nativa de Alaska
- 1i. Otra raza

(continúe con las preguntas 2-5)

3. Ingreso Mensual \$____, ____

4. Tamaño del núcleo familiar ____

5. Educación (marque el nivel más alto obtenido)

- 1. Menos de 9º grado
- 2. Secundaria incompleta
- 3. Secundaria completa o equivalente
- 4. Universidad incompleta o nivel más alto
- 5. No sabe/ No está segura

Client Identification

Program # _____ Last name _____ Enrollment Date ____/____/____

ID # _____ First Name _____ Middle Initial _____

Antecedentes médicos de la paciente

6. ¿Ha padecido cáncer de mama?

- 1. Sí
- 2. No
- 3. No sabe/ No está segura

7. ¿Su madre, abuela, tía, hermana o hija han padecido cáncer de mama?

- 1. Sí
- 2. No
- 3. No sabe/ No está segura

8. ¿Se ha sometido a una histerectomía?

- 1. Sí →
- 2. No
- 3. No sabe/ No está segura

8a. ¿Debido a cáncer de cuello de útero? → 1. Sí 2. No 3. No sabe/ No está segura

8b. ¿Cuello de útero presente? 1. Sí 2. No 3. No sabe/ No está segura

Antecedentes de tabaquismo de la paciente

9. ¿Fuma? Incluye cigarrillos, pipas o habanos (tabaco fumado de cualquier forma)

- 1. Fumadora actual
- 2. Dejó (hace 1 a 12 meses)
- 3. Dejó (hace más de 12 meses)
- 4. Nunca fumó

10. ¿Aproximadamente cuántas horas pasa por día en la misma habitación o vehículo que alguien que fuma?

____ Horas

- Menos de una
- Ninguna

A ser completado por el Coord. del programa: (de 1 a 3, marque todas las que correspondan)

11. Paciente:

- 1. Derivación por fax a una línea para dejar de fumar proactiva (marque sólo a o b):
 - a. Firmada por la participante
 - b. Se brindó confirmación verbal
- 2. Se derivó a un programa para dejar de fumar de la comunidad local
- 3. Se proporcionó información de contacto de línea para dejar de fumar
- 4. No se derivó a una línea para dejar de fumar ni a un programa comunitario para dejar de fumar, ni se proporcionó información de contacto de línea para dejar de fumar
- 5. Rechazó cualquier derivación o información