

**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 \_\_\_\_\_

Identidad de género (*marque solamente una opción*)

- 1. Femenino
- 2. Hombre Trans
- 3. Mujer Trans
- 4. Otro \_\_\_\_\_
- 5. No sabe
- 6. Rehusó contestar

Orientación sexual (*marque solamente una opción*):

- 1. Heterosexual
- 2. Lesbiana
- 3. Gay
- 4. Bisexual
- 5. Otro \_\_\_\_\_
- 6. No sabe
- 7. Rehusó contestar

**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