

Número de Identificación del Cliente _____

Fecha _____

Por favor llene y firme esta aplicación para Screening for Life (SFL) y Health Care Connection (HCC).

- SFL ofrece exámenes de detección de cáncer de seno, cervical, colorrectal, pulmonares, y de la próstata.
 - HCC ofrece un servicio de referencia donde le podrían ayudar a encontrar un doctor que le atienda a un bajo costo
- Para más información sobre SFL y HCC, por favor llame al 2-1-1

ESTO NO ES UN SEGURO DE SALUD

Información del Cliente

¿Cómo se enteró sobre el programa de Screening for Life y/o Healthcare Connection?

- Periódico
 Televisión
 Internet
 Radio
 Cartel
 Correo
 Clínica/ centro de salud/ oficina del doctor
 Hospital
 Por boca de otros
 Panfleto/folleto
 Línea telefónica de ayuda
 Otro (especifique) _____

Apellido _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____

Nombre de Soltera(o) _____ Por favor, indique cualquier otro nombre que pudo haber usado _____

Dirección _____ APTO No. _____ PO Box No. _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Condado _____

Dirección Postal (si es distinta a la anterior) _____

No. De Teléfono _____ Segundo No. De Teléfono _____ Correo Electrónico _____

 ¿Cuál es su idioma principal?
 Inglés
 Español
 Otro (especifique) _____

1. ¿Cuál es el nivel más alto de educación que ha completado?

- Octavo grado o menos
 Noveno grado o algo de preparatoria (o algo de *high school*)
 graduado de preparatoria (o graduado de *high school*)
 más allá de la preparatoria (o más allá de *high school*)

Miembros del hogar: Incluya en la lista a todas las personas que viven con usted. Si necesita más espacio use otra hoja.

¿Cuántas personas viven en su hogar? _____ (incluyéndose usted mismo)

**Un hogar está compuesto por usted (el cliente), su cónyuge y cualquier hijo menor de 18 años que esté bajo su tutela legal, incluidos los niños por nacer.*

Apellido	Primer Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Relación	Fecha de Nacimiento	Sexo M=Masculino F=Femino	Número de Seguro Social	Raza*	¿De origen latino o hispano? N=No S=Sí	¿Sirvió en las fuerzas armadas de Estados Unidos? N=No S=Sí	¿Es ciudadano de los EE.UU.? N=No S=Sí	¿Tiene estatus legal? N=No S=Sí	¿Tiene seguro médico? N=No S=Sí
			yo mismo									

*Razas: Blanco (B); Negro/ afroamericano (N/AA); Asiático (A); Nativo de Hawai (NH) o de las Islas del Pacífico (IP); Indígena norteamericano (IA) o nativo de Alaska (NA); desconocido(D); 2 o más razas—indique cuáles razas _____

Elegibilidad del Cliente

2. ¿Qué tipo de cobertura de seguro de salud tiene? (marque todo lo que corresponda)

- Medicare (circule qué tipo de cobertura)
 Parte A, Parte B, SLMB, QMB
 Medicaid
 Tricare , beneficios para veteranos
 Seguro privado
 Otro (por favor, especifique) _____
 Ninguno (siga a la pregunta número 5)

3. Este año, su seguro de salud paga por (marque todo lo que corresponda) :

- Prueba de Papanicolaou Mamografías
 Exámenes colorrectales Exámenes de la próstata
 Exámenes de detección de cáncer de los pulmones

4. ¿Ha cubierto todo su deducible?

- Sí (especifique cantidad del deducible.) \$ _____
 -No (especifique cantidad del deducible.) \$ _____
 -No aplica

5. ¿Ha habido algún cambio en su seguro de salud en los últimos 6 meses?

- Sí No

6. Cuánto tiempo tiene que usted ha tenido cobertura de seguro de salud?

- Dentro de los últimos 6 meses (hace 0-6 meses)
 Dentro del último año (hace 6- 12 meses)
 Dentro de los últimos 2 años (hace 1-2 años)
 Dentro de los últimos 5 años (hace 2-5 años)
 Hace 5 o más años
 No se/ no estoy seguro(a)
 Nunca

7. ¿Cuál es la principal razón por la que usted no tiene cobertura para el cuidado de la salud?

- Perdió su empleo o cambio de empleador
 Su pareja o padre perdió su trabajo o cambio de empleador
 Se divorció o separó
 Se volvió inelegible por razones de edad o por haber abandonado la escuela
 Su empleador no ofrece o dejó de ofrecer cobertura
 Se convirtió en un trabajador de medio tiempo o temporal
 Los beneficios de su empleador anterior terminaron (COBRA)
 No podía pagar la prima del seguro
 La compañía de seguro le negó cobertura
 Perdió la elegibilidad a tener medicaid o asistencia médica
 Otro(especifique) _____
 No lo se/ no estoy seguro

8. ¿Cuál es su ingreso antes de las deducciones? \$ _____

- Semanal Cada dos semanas Mensual Anual

9. Usted está: (marque todo lo que corresponda)

- Trabajando con un sueldo Sin trabajar por menos de un año
 Recibiendo pensión alimenticia Recibiendo asistencia temporal para familias necesitadas (TANF)
 Recibiendo compensación al trabajador Estudiante
 Sin poder trabajar Jubilado
 Recibiendo incapacidad del seguro social o ingreso suplementario de seguridad Recibiendo manutención de los hijos
 Ama(o) de casa Recibiendo desempleo
 Sin trabajar por más de un año Trabajando por su propia cuenta
 Recibiendo pensión

Acceso y Uso

10. ¿En los últimos 6 meses, acaso hubo alguna ocasión en la que necesitó ver a un doctor, pero no pudo por alguna de estas razones? Por favor lea y marque todo lo que corresponda.

- Costo Horas inconvenientes Transportación
 Barrera del idioma No encontró doctor Ninguno

11. ¿Tiene usted un doctor primario o proveedor de salud primario para su cuidado de salud? (Un doctor primario es un doctor que usted visita para un chequeo físico/ regular o cuando se siente enfermo.)

- Sí No Nombre del doctor _____
 Ciudad _____ Estado _____

12. ¿Está enfermo y necesita un consejo médico? ¿A dónde va?

- Oficina del doctor Clínica o centro médico
 Hospital-departamento de atención médica ambulatoria
 Hospital-departamento de emergencias
 Centro de atención urgente Otro lugar
 No se/ no estoy seguro(a)

13. ¿Qué tipo de asistencia, si requiere alguna, es necesaria para que usted pueda cumplir con sus citas médicas?

- Cuidado de niños/ cuidado para personas de la tercera edad
 Transportación Lenguaje
 Ninguna
 Otro, por favor especifique _____

Información Médica

14. En los últimos 6 meses ¿Ha tenido problemas de salud?

- Sí Fecha ___/___/___ Problema de salud _____
 No

15. ¿Usted o algún miembro de su familia cercana padece de cáncer? (Familia cercana incluye papás, hijos, hermanos, hermanas, abuelos, tías, tíos, sobrinas, sobrinos.)

- Sí No (siga a la pregunta 16)

Si la respuesta es sí, por favor marque todas las que correspondan

	Nombre	Edad de cuando fue diagnosticado	Hermanos (as)/ Hijos (as)	Edad de cuando fue diagnosticado	Lado materno	Edad de cuando fue diagnosticado	Lado paterno	Edad de cuando fue diagnosticado
Por Ejemplo: Cáncer Colorrectal	Tú	36 años	Hermano	36 años	Tía y Primo	58 años y 44 años	Abuela	65 años
Cáncer de Seno								
Cáncer Cervical								
Cáncer de los Ovarios								
Colorectal Cancer								
Cáncer de la próstata								
Otros								

16. ¿Actualmente, usted fuma cigarrillos, pipas, o usa otro tipo de productos de tabaco? (Sí la respuesta es sí siga a la pregunta 18.)

- Sí No

17. ¿Ha fumado cigarrillos dentro de los últimos 15 años? (Sí la respuesta es no siga a la pregunta 22)

- Sí No

18. ¿Usted fuma cigarrillos? (Sí la respuesta es no siga a la pregunta 22)

- Sí No

19. ¿Alrededor de cuántos paquetes fuma/o fumaba por día?

20. ¿Por cuánto tiempo estuvo o ha estado fumando cigarrillos?

21. ¿Ha tenido un escaneo CT de los pulmones en los últimos 12 meses?

- Sí No

22. ¿Vive usted en una casa con el sótano bajo el nivel de la tierra?

- Sí No

23. ¿Algún doctor, enfermera, u otro proveedor de salud le ha dicho que usted tiene diabetes?

- Sí Sí, pero solo cuando estuve embarazada
 No, pero me han dicho que tengo pre-diabetes
 No, pero me han dicho que estuve cerca de la línea límite
 No No se/ o no estoy seguro/a

24. ¿Algún doctor, enfermera, u otro proveedor de salud le ha dicho que usted sufre de presión alta?

- Sí Sí, pero solo cuando estuve embarazada
 No, pero me han dicho que he estado cerca de tener presión alta
 No No se/ o no estoy seguro(a)

25. ¿Algún doctor, enfermera, u otro proveedor de salud le ha dicho que tiene su colesterol de la sangre alto?

- Sí No, pero me han dicho que he estado cerca de tenerlo alto
 No No se/ o no estoy seguro/a

26. Solo Mujeres: ¿Estás embarazada?

- Sí No

27. Solo Mujeres: ¿Planea quedar embarazada en el próximo año?

- Sí No

28. Solo Mujeres: ¿Aún tiene su cerviz?

- Sí No

28ª. Si no ¿Acaso fue quitada por cáncer cervical o pre-cáncer cervical?

- Sí No

29. Tiene usted alguna discapacidad?

- Sí No

Acuerdo y Autorización para Difundir Información

Yo he proporcionado y continuaré proporcionando información correcta y exacta

Yo doy mi consentimiento para que ustedes entren al sistema de información del estado para que determinen mi elegibilidad para los beneficios de asistencia médica, y yo autorizo que den mi información médica o cualquier otra información a otros para el propósito de esta encuesta, estudio, o investigación con tal que mi información personal de identificación no sea hecha pública.

Firma de cliente: _____

Fecha _____

For office use only:

Medicaid Inquiry Date: _____

Medicaid Application Status

- Medicaid pending
 Enrolled full Medicaid Enrolled limited Medicaid only
 Recently denied; denial date: _____

- Not completed because non-citizen status
 Not completed because over income for Medicaid
 Not completed because, other: _____

