

N.º de identificación del cliente: _____

Fecha de hoy: _____

Rellene y firme esta solicitud para los programas *Screening for Life* (SFL) y *Health Care Connection* (HCC). Una solicitud por solicitante.

- *Screening for Life* ofrece pruebas de detección de cáncer de mama, próstata, cuello de útero, colorrectal y pulmón.
- *Health Care Connection* es un servicio de derivación que lo ayuda a encontrar un médico que lo atienda a un costo más bajo.
- **ESTOS PROGRAMAS NO SON UN SEGURO MÉDICO**

Para obtener más información sobre SFL y HCC, llame al 2-1-1 (línea gratuita) o a la oficina de SFL/HCC al (302) 744-1040 (de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 4:30 p. m.).

Información del cliente

¿Cómo se enteró de los programas *Screening for Life* (SFL) o *Health Care Connection* (HCC)?

- Periódico TV Internet Radio Cartelera Correo directo al domicilio Clínica/Centro de Salud/Consultorio Hospital
 Boca a boca Panfleto/Folleto Línea de ayuda Otro, especifique: _____

Apellido: _____ Nombre: _____

Inicial del segundo nombre (MI, en inglés): _____

Apellido de soltera:

Indique cualquier otro nombre (alias) que haya utilizado: _____

¿Cuál es su situación de vivienda actual? Tengo vivienda Tengo vivienda, pero me preocupa perderla No tengo vivienda

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: - _____ - _____ Condado: _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: - _____ - _____ Condado: _____

Teléfono durante el día: _____ Otro teléfono: _____ Correo electrónico: _____

¿Desea recibir correos electrónicos de nuestros programas? Sí No

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: Masculino Femenino N.º de Seguro Social: _____

Idioma principal: _____

¿Ha servido alguna vez en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? Sí No

¿Es usted ciudadano estadounidense? Sí No Si no es ciudadano estadounidense, ¿tiene documentación legal? Sí No

Raza: Blanco Negro/Afroamericano Asiático Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico Indio estadounidense o nativo de Alaska

¿Es usted de origen hispano/latino? Sí No ¿Se identifica como haitiano? Sí No

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

- Inferior a la escuela secundaria Algo de la escuela secundaria Graduado de la escuela secundaria Educación posterior a la escuela secundaria

Miembros de la unidad familiar: Díganos qué personas forman parte de su familia. Según la normativa del programa, una unidad familiar está formada por usted (el cliente), su cónyuge (si está casado) y los hijos menores de 18 años que estén bajo su tutela legal, incluidos los hijos no nacidos. Aquellos que no se ajusten a esta descripción no deben incluirse en esta solicitud.

Cantidad de personas en su unidad familiar, incluido usted mismo:

Enumere a continuación los miembros de la unidad familiar. No se incluya a sí mismo en esta tabla. (Para los miembros adicionales, utilice una hoja aparte).

Nombre	Apellido	MI	Fecha de nacimiento	¿Qué relación tiene esta persona con usted?

Si tiene un hijo menor de 6 años, ¿desea que lo derivemos al Programa de Salud Materno-Infantil para obtener recursos adicionales? Sí No

Elegibilidad del cliente

2. ¿Qué tipo de cobertura médica tiene? (Marque todas las opciones que)

- Medicare (Marque todas las opciones que correspondan)
 Parte A Parte B Parte C Parte D
 Medicaid
 Completo Limitado/Emergencias
 Beneficios para militares Seguro privado (Organización para el Mantenimiento de la Salud [HMO, en inglés], Organización de Proveedores

3. Este año, ¿paga su seguro médico por los gastos de...? (marque todas las)

- Prueba de Papanicolaou Pruebas de próstata Mamografías
 Pruebas de detección del cáncer de pulmón Exámenes colorrectales

4. ¿Ha alcanzado su deducible?

- Sí (Especifique el importe del deducible) \$ _____
 No (Especifique el importe del deducible) \$ _____
 No corresponde

5. ¿Ha habido algún cambio en su cobertura médica en los últimos seis meses?

- Sí (Especifique los cambios). _____
 No

6. ¿Hace cuánto tiempo que no tiene cobertura médica?

- Hace de 0 a 6 meses Hace de 6 a 12 meses
 Hace de 1 a 2 años Hace 5 años o más
 No sé / No estoy seguro Nunca

7. ¿Cuál es la razón principal por la que no tiene cobertura médica?

- Perdió el empleo o cambió de empleador.
 El empleador no ofrece o dejó de ofrecer cobertura.
 No podía permitirse pagar la prima.
 Perdió Medicaid o la asistencia médica.
 Otra (especifique). _____
 No sé / No estoy seguro.

8. Si tiene 18 años o más, responda las preguntas A, B y C. Si tiene menos de 18 años, responda las preguntas D y E.

a. ¿Cuáles son sus ingresos antes de las deducciones (ingresos brutos)?

Semanales Quincenales Mensuales Anuales
Cantidad (especifique) \$ _____

b. ¿Su cónyuge (si está casado) tiene empleo?

Sí (responda 8c) No (pase a la pregunta 9)

c. ¿Cuáles son los ingresos de su cónyuge (si está casado) antes de las deducciones (ingresos brutos)?

Semanales Quincenales Mensuales Anuales
Cantidad (especifique) \$ _____

d. ¿Cuáles son los ingresos de su progenitor (si es menor de 18 años) antes de las deducciones (ingresos brutos)?

Semanales Quincenales Mensuales Anuales
Cantidad (especifique) \$ _____

e. ¿Cuáles son los ingresos de su segundo progenitor (si es menor

de 18 años) antes de las deducciones (ingresos brutos)?

1. Semanales Quincenales Mensuales Anuales
Cantidad (especifique) \$ _____

9. ¿Usted...? (marque todas las opciones que correspondan)

tiene un empleo remunerado es estudiante
 recibe una pensión alimenticia es jubilado
 recibe una indemnización por accidente laboral recibe manutención infantil
 está incapacitado para trabajar recibe un subsidio por desempleo
 recibe Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, en inglés)/Seguro social por incapacidad (SSD, en inglés) trabaja por cuenta propia recibe una pensión
 se dedica a las labores del hogar
 lleva más de un año sin trabajar
 lleva menos de un año sin trabajar
 recibe Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, en inglés)

Acceso y uso

10. ¿Hubo algún momento durante los últimos seis meses en el que necesitara ver a un médico, pero no haya podido por alguna de las siguientes razones? Lea y marque todas las opciones que correspondan.

Costo Horarios poco convenientes Transporte Barrera lingüística
 Ninguna

11. ¿Tiene un médico de cabecera o un proveedor de atención médica? (Un médico de cabecera es un médico que lo atiende para un chequeo y una visita por enfermedad).

Sí. Nombre de su médico: _____
 Nombre del centro de atención médica: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____

No

12. Si está enfermo o necesita asesoramiento médico, ¿a dónde acude?

Consultorio médico Clínica o centro de salud
 Servicio ambulatorio del hospital Centro de urgencias
 Servicio de urgencias del hospital No lo sé / No estoy seguro

13. ¿Qué tipo de ayuda, si la hubiera, necesita para concertar o acudir a sus citas médicas?

Cuidado infantil / Cuidado de personas mayores Transporte
 Idioma Ninguna
 Otra (especifique): _____

Información de salud

14. En los últimos seis meses, ¿ha tenido algún problema de salud?

Sí (enumérelos a continuación) No

Problema de salud	Fecha de inicio

15. ¿Usted o algún miembro de su familia ha tenido cáncer?

Sí (Complete el cuadro a continuación) No

Tipo de cáncer	Relación con usted	Lado materno o paterno	Edad a la que se le

16. En la actualidad, ¿fuma cigarrillos, puros, pipa o consume otros productos del tabaco?

Sí
 Lo dejé (hace 1 a 12 meses)
 Lo dejé (hace más de 12 meses)
 Nunca fumé

a. Si respondió "sí" a la pregunta 16, ¿desea que lo derivemos a la Línea para dejar de fumar de Delaware?

17. ¿Ha fumado cigarrillos en los últimos 15 años?

Sí No

18. ¿Fuma cigarrillos? Sí No

Sí No

19. En promedio, ¿cuántos paquetes de cigarrillos fuma/fumaba al día?

_____ paquetes al día

20. ¿Desde cuándo fuma cigarrillos, o durante cuánto tiempo fumó cigarrillos?

_____ Años

21. ¿Le han realizado una tomografía computarizada de los pulmones en los últimos 12 meses?

Sí No

22. ¿Vive en una vivienda con un sótano subterráneo?

Sí No

a. Si respondió "sí" a la pregunta 22, ¿desea que lo derivemos a Healthy Homes de Delaware?

Sí No

23. ¿Algún médico, enfermera u otro profesional de la atención médica le ha dicho alguna vez que tiene diabetes?

Sí
 Sí, pero solo cuando estaba embarazada.
 No, pero me dijeron que tengo prediabetes.
 No, pero me dijeron que estaba al límite o que tenía un ligero grado de diabetes.

No
 No lo sé / No estoy seguro

24. ¿Le ha dicho alguna vez un médico, enfermera u otro profesional de atención médica que tiene presión arterial alta?

Sí
 Sí, pero solo cuando estaba embarazada
 No, pero me dijeron que tenía prehipertensión o que estaba al borde de la hipertensión
 No
 No lo sé / No estoy seguro

25. ¿Le ha dicho alguna vez un médico, enfermera u otro profesional de atención médica que tiene presión arterial alta?

Sí
 No, pero me dijeron que estaba cerca
 No
 No sé / No estoy seguro

26. Solo para mujeres: ¿Está embarazada?

Sí No

27. Solo para mujeres: ¿Tiene previsto quedar embarazada en el próximo año?

Sí No

28. Solo para mujeres: ¿Todavía tiene el cuello del útero?

Sí No

a. En caso negativo, ¿se lo extirparon a causa de un cáncer de cuello uterino o un precáncer de cuello uterino?

Sí No

29. ¿Tiene alguna discapacidad?

Sí No

30. En los últimos 90 días, ¿experimentó la falta de alimentos para usted y su familia?
 Sí No
 a. Si ha respondido “sí” a la pregunta 30, ¿desea que lo derivemos a recursos gratuitos para recibir alimentos?
 Sí No
31. ¿La falta de transporte durante el día es un obstáculo para acudir a sus citas de pruebas de detección de cáncer?
 Sí No
32. ¿Hay niños en su hogar?
 Sí No
 a. En caso afirmativo, ¿dispone de un cuidado infantil adecuado para acudir a sus citas médicas?
 Sí No
 b. En caso negativo, ¿desea que lo derivemos a recursos de asistencia para el cuidado infantil?
 Sí No
33. ¿Tiene un acceso adecuado a suministros para la limpieza del hogar?
 Sí No
 a. En caso negativo, ¿desea que lo derivemos a recursos gratuitos para obtener suministros de limpieza?
 Sí No
34. Solo para mujeres: ¿Le han hecho alguna vez un examen pélvico?
 Sí No
 a. Si la respuesta es “sí”: ¿Cuál es la fecha de su examen pélvico más reciente? (MM/AAAA): _____
35. Solo para mujeres: ¿Le han hecho alguna vez la prueba de Papanicolaou?
 Sí No

- a. Si la respuesta es “sí”: ¿Cuál es la fecha de su prueba de Papanicolaou más reciente? (MM/AAAA): _____
36. Solo para mujeres: ¿Le han hecho alguna vez la prueba del VPH?
 Sí No
 a. Si la respuesta es “sí”: ¿Cuál es la fecha de su prueba de Papanicolaou más reciente? (MM/AAAA): _____
37. Solo para mujeres: ¿Le han hecho alguna vez una mamografía?
 Sí No
 a. Si la respuesta es “sí”: ¿Cuál es la fecha de su mamografía más reciente? (MM/AAAA): _____
38. ¿Utiliza alguno de los siguientes tipos de computadora: de escritorio/portátil, teléfono inteligente, tableta?
 Sí No
39. ¿Tiene usted o algún miembro de esta unidad familiar acceso a Internet?
 Sí, mediante el pago a una compañía de telefonía móvil o a un proveedor de servicios de Internet.
 Sí, sin pagar a una compañía de telefonía móvil o a un proveedor de servicios de Internet.
 No
40. Para los solicitantes de HCC, ¿está tomando actualmente algún medicamento?
 Sí (Proporcione más información sobre la medicación que toma en el espacio que figura a continuación)
 No

Acuerdo y autorización de divulgación de información

- He proporcionado y seguiré proporcionando información verdadera y precisa.
- Doy mi consentimiento para que accedan al sistema de información estatal para determinar si soy elegible para recibir los beneficios de la asistencia médica, y para que compartan y analicen mi información con mi(s) proveedor(es) de atención médica con el fin de garantizar que reciba las pruebas de detección o la atención de seguimiento adecuadas. Autorizo a que se facilite mi información médica y de otro tipo a otras personas con el propósito de realizar encuestas, estudios o investigaciones, siempre y cuando no se hagan públicos mis datos de identificación personal.
- Doy mi consentimiento para que se pongan en contacto conmigo para hablar sobre las barreras a la atención médica, de modo que se puedan analizar las opciones de derivación y los servicios de asesoramiento al paciente y se puedan proporcionar a los clientes que estén de acuerdo y sean elegibles para recibir estos servicios.

Firma del cliente: _____

Fecha: _____

Para uso exclusivo de la oficina de SFL/HCC:

Screening for Life

- Inscripto
 No elegible

Health Care Connection

- Inscripto
 No elegible



DELAWARE HEALTH AND SOCIAL SERVICES
 Division of Public Health