

WOMEN'S HEALTH CONNECTION (WHC) ENROLLMENT FORM

NEVADA DIVISION of PUBLIC
and BEHAVIORAL HEALTH



APPLICANT ENROLLMENT INFORMATION										
SSN:		DOB (mm/dd/yyyy):		Age:		Birthplace:				
Last Name:			First Name:			M.I.	Maiden Name:			
Street Address:				City:			State:		Zip:	
Home Phone:			Work Phone:			Cell Phone:				
Highest grade completed:		<9 th grade		Some highschool		Highschool graduate or equivalent				
		Some college or higher		Don't know		Don't want to answer				
Marital Status:										
Single		Married		Divorce		Separated		Widowed		
Hispanic:		Yes	No	Preferred Language:		English		Spanish		
								Other:		
Race:		White		Black		American Indian		Asian		
		Pacific Islander/ Native Hawaiian		Other:				Unknown		
How did you hear about our program?										
Provider		Friend/Relative		Radio		Other:				
Postcard		BCCP Reminder		Self		Unknown				
Social Media		Outreach Worker		TV						
APPLICANT ELIGIBILITY INFORMATION										
Do you have medical insurance?				Yes		No				
If Yes, list name and coverage:										
Do you have Medicare Part B?				Yes		No				
Do you have Medicaid for yourself?				Yes		No				

WOMEN'S HEALTH CONNECTION (WHC) ENROLLMENT FORM

NEVADA DIVISION of PUBLIC
and BEHAVIORAL HEALTH



APPLICANT ELIGIBILITY INFORMATION CONTINUATION

How many people are in your household?

What is your household income before taxes?

Monthly:

Yearly:

APPLICANT MEDICAL HISTORY INFORMATION

Breast History

Are you experiencing breast symptoms?

Yes

No

Describe:

Cervical History

Have you ever had a Pap test?

Yes

No

Date of Last Menstrual Period (mm/dd/yyyy):

Have you ever had a mammogram?

Yes

No

Date of last mammogram (mm/dd/yyyy):

History of breast cancer in family?

Self

Mother

Daughter

Sister

None

Other:

Age menses started:

Have you had a hysterectomy?

Yes

No

If Yes, was hysterectomy due to cervical cancer?

Yes

No

Are you on hormone replacement therapy?

Yes

No

GENERAL HISTORY

The following questions are for statistical purposes only and will not affect eligibility.

How do you describe yourself? (Mark one answer)

Male

Female

Transgender Man / Trans Male

Transgender Woman / Trans Female

Genderqueer / gender non-conforming

Different Identity: Please specify

Prefer not to disclose

Which of the following best represents your sexual orientation identity? (Mark one answer)

Straight or heterosexual

Gay

Lesbian

Bisexual

Transgender

Not Listed: Please specify

Prefer not to disclose

WOMEN'S HEALTH CONNECTION (WHC) ENROLLMENT FORM

NEVADA DIVISION of PUBLIC
and BEHAVIORAL HEALTH



GENERAL HISTORY CONTINUATION

What sex were you assigned at birth, such as on your original birth certificate? (Mark one answer)

Male

Female

Smoking Status (Please check one):

Never

Current

Former

Date quit (mm/dd/yyyy):

Are you exposed to secondhand smoke?

Yes

No

FOR OFFICE USE ONLY

WHC member ID:

Clinic Name:

Date eligible (mm/dd/yyyy):

If client is a current smoker and was referred to 1-800-QUIT-NOW, indicate date (mm/dd/yyyy):

Comments:

APPLICANT INFORMED CONSENT AND RELEASE OF MEDICAL INFORMATION

You are completing this form based on your presumptive eligibility for the WHC program. If you are referred to seek insurance coverage through Medicaid or the health exchange marketplace, the WHC program will keep your information and track your insurance status to ensure you receive timely breast and cervical cancer screening. You may receive health promotion and screening reminders from the WHC program.

Should you be determined eligible for this program, you have the following rights and responsibilities:

Participant Rights:

1. If you meet WHC's eligibility criteria (age, income, and insurance status), you may be eligible to receive a clinic/doctor visit, Pap smear, and clinical breast exam at no cost. Beginning at age 40 years, you may become eligible for a screening mammogram at no cost. Ask your Healthcare Provider to tell you which specific services will be paid by WHC and how often you may receive them. Your clinic/doctor will let you know when you are due to return for your next Pap test and/or mammogram. Services provided to you that do not follow the WHC's schedule of services may become your financial responsibility.
2. If you have an abnormal screening test result, the clinic/doctor will work with WHC to help you obtain further diagnostic tests. WHC does not pay for treatment but will assist you with the referral for treatment. Your health care provider at the clinic or your doctor can tell you which specific services the WHC can pay for and those that are not covered.
3. If you meet WHC's eligibility criteria (age, income, and insurance status), you may be eligible to receive a clinic/doctor visit, Pap smear, and clinical breast exam at no cost. Beginning at age 40 years, you may become eligible for a screening mammogram at no cost. Ask your Healthcare Provider to tell you which specific services will be paid by WHC and how often you may receive them. Your clinic/doctor will let you know when you are due to return for your next Pap test and/or mammogram. Services provided to you that do not follow the WHC's schedule of services may become your financial responsibility.

WOMEN'S HEALTH CONNECTION (WHC) ENROLLMENT FORM

NEVADA DIVISION of PUBLIC
and BEHAVIORAL HEALTH



APPLICANT INFORMED CONSENT AND RELEASE OF MEDICAL INFORMATION

4. If you have an abnormal screening test result, the clinic/doctor will work with WHC to help you obtain further diagnostic tests. WHC does not pay for treatment but will assist you with the referral for treatment. Your health care provider at the clinic or your doctor can tell you which specific services the WHC can pay for and those that are not covered.

Participant Responsibilities:

1. You must sign the Client Refusal Form to refuse procedures/treatment recommended by your physician.
2. You must update contact information as it changes so WHC may send mail, e-mail, phone, or text message screening appointment reminders, health and scheduled service information.
3. You must provide consent for the release of medical information from your doctor, clinic, laboratory, radiology unit and/or hospital to the WHC. Identifying information such as name, address, social security number, and/or other identifying information will only be used by this program. It may be used to inform you if follow-up exams are needed. Other information may be used for studies done by WHC to learn more about women's health. These studies will not use any name or other identifying information.
4. You must follow up with clinic/doctor if there are abnormal results, and to participate in additional diagnostic procedures until a final diagnosis is reached.

Do you authorize WHC to send text message screening reminders to you on your provided cell phone number? Text message charges from your cell phone provider may apply.

Yes, please text me.

No, please do not text me.

I understand that knowingly providing false information could jeopardize my enrollment in the program. I have read and understand the explanation above about the WHC. My Signature verifies my consent to participate in the program, and that I meet the eligibility information. I understand that my participation in the program is voluntary, and I may drop out of the program and withdraw my consent at any time.

Signature of applicant:

Date (mm/dd/yyyy):

Please provide a name and number of a friend or family member that a WHC Program team member may contact in case you cannot be reached.

Name:

Phone Number:

This publication was supported by the Nevada State Division of Public and Behavioral Health (DPBH) through grant 5 NU58DP007102-04-00 from the Centers for Disease Control and Prevention. (CDC). Its contents are solely the responsibility of the authors and do not necessarily represent the official views of the DPBH or CDC.

WOMEN'S HEALTH CONNECTION (WHC) FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

NEVADA DIVISION of PUBLIC
and BEHAVIORAL HEALTH



INFORMACIÓN DE INSCRIPCIÓN DEL SOLICITANTE				
Número de Seguro Social:	Fecha de Nacimiento (mes/día/año):		Edad:	Lugar de nacimiento:
Apellido:	Primer nombre:		I.S.N:	Apellido de soltero/a:
Dirección:		Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono de casa:	Teléfono de trabajo:		Teléfono celular:	
Grado más alto completado:	Menos de novena grado	Algo de escuela secundaria	Graduado de secundaria o equivalente	
	Algo de Universidad	No sabe	Prefiero no responder	
Estado Civil:				
Soltero/a	Casado/a	Divorciado/a	Separado/a	Viudo/a
Hispano:	Sí	No	Idioma Preferado:	Otro:
			Inglés	Español
Raza:				
Blanco/a	Negro/a	Indígena Americano/a	Asiático/a	
Isleño/a del Pacífico / Nativo/a de Hawái	Otra:	Desconocido		
¿Cómo se enteró de nuestro programa?				
Proveedor	Amigo/pariente	Radio	Otro:	
Tarjeta postal	Recordatorio de BCCP	Yo mismo/a	Desconocido	
Redes sociales	Trabajador de alcance comunitario	Televisión		
INFORMACIÓN DE ELEGIBILIDAD DEL SOLICITANTE				
¿Tiene seguro médico?	Sí	No		
Si respondió sí, indique el nombre y la cobertura:				
¿Tiene Medicare Parte B?	Sí	No		
¿Tiene Medicaid para usted?	Sí	No		

WOMEN'S HEALTH CONNECTION (WHC) FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

NEVADA DIVISION of PUBLIC
and BEHAVIORAL HEALTH



INFORMACIÓN DE ELEGIBILIDAD DEL SOLICITANTE

¿Cuántas personas hay en su hogar?

¿Cuál es el ingreso de su hogar antes de impuestos?

Mensual:

Anual:

INFORMACIÓN SOBRE EL HISTORIAL MÉDICO DEL SOLICITANTE

Historial de mama

¿Está experimentando síntomas en los senos?

Sí

No

Describa:

Historial cervical

¿Alguna vez ha tenido una prueba de Papanicolaou?

Sí

No

Fecha de la última menstruación (mes/ día/año):

¿Alguna vez ha tenido una mamografía?

Sí

No

Fecha de la última mamografía (mes/día/año):

Edad en que comenzó la menstruación:

¿Ha tenido una histerectomía?

Sí

No

Si respondió sí, ¿la histerectomía fue debido al cáncer cervical?

Sí

No

¿Historial de cáncer de mama en la familia?

Propio/a

Madre

Hija

Otro/a:

Hermana

Ninguno/a

¿Está tomando terapia de reemplazo hormonal?

Sí

No

HISTORIAL GENERAL

Las siguientes preguntas son solo para fines estadísticos y no afectarán la elegibilidad.

¿Cómo se describe a sí mismo/ a? (Marque una respuesta)

Masculino

Femenino

Hombre trans / Masculino trans

Mujer trans / Femenina trans

Género no binario / No conforme con el género

Otra identidad (Por favor especifique):

Prefiero no divulgarlo

¿Cuál de las siguientes opciones representa mejor su identidad de orientación sexual? (Marque una respuesta)

Heterosexual

Gay

Lesbiana

Bisexual

Transgénero

No Listado (Por favor especifique):

Prefiero no divulgarlo

WOMEN'S HEALTH CONNECTION (WHC) FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

NEVADA DIVISION of PUBLIC
and BEHAVIORAL HEALTH



HISTORIAL GENERAL CONTINUACIÓN

¿Qué sexo se le asignó al nacer, como en su certificado de nacimiento original? (Marque una respuesta)

Masculino

Femenino

Estado de tabaquismo (por favor marque una opción):

Nunca

Actual

Exfumador/a

Fecha en que dejó de fumar (mes/día/año):

¿Está expuesto/a al humo de segunda mano?

Sí

No

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA

ID de miembro de WHC:

Nombre de la clínica:

Fecha de elegibilidad (mes/día/año):

Si el cliente es fumador/a actual y fue referido/a a 1-800-QUIT-NOW, indique la fecha (mes/día/año):

Comentarios:

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA DEL SOLICITANTE

Está completando este formulario basado en su elegibilidad presumible para el programa WHC. Si se le refiere a buscar cobertura de seguro a través de Medicaid o del mercado de intercambios de salud, el programa WHC guardará su información y hará un seguimiento de su estatus de seguro para asegurarse de que reciba exámenes oportunos de cáncer de mama y cervical. Puede recibir recordatorios de promoción de la salud y exámenes del programa WHC.

Si se determina que es elegible para este programa, tiene los siguientes derechos y responsabilidades:

Derechos del participante:

1. Si cumple con los criterios de elegibilidad de WHC (edad, ingresos y estado del seguro), puede ser elegible para recibir una visita a la clínica/médico, prueba de Papanicolaou y examen clínico de los senos sin costo. A partir de los 40 años, puede ser elegible para una mamografía de detección sin costo. Pida a su proveedor de atención médica que le informe qué servicios específicos serán cubiertos por WHC y con qué frecuencia puede recibirlos. Su clínica/médico le informará cuándo debe regresar para su próxima prueba de Papanicolaou y/o mamografía. Los servicios proporcionados que no sigan el cronograma de servicios de WHC pueden convertirse en su responsabilidad financiera.
2. Si tiene un resultado anormal en la prueba de detección, la clínica/médico trabajará con WHC para ayudarle a obtener más pruebas diagnósticas. WHC no paga por el tratamiento, pero le ayudará con la referencia para el tratamiento. Su proveedor de atención médica en la clínica o su médico puede indicarle qué servicios específicos puede pagar WHC y cuáles no están cubiertos.
3. Servicios de gestión de casos a través de WHC si se encuentran resultados anormales, para recibir servicios diagnósticos y de tratamiento oportunos y apropiados.



**CONSENTIMIENTO INFORMADO Y AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE
INFORMACIÓN MÉDICA DEL SOLICITANTE**

4. Se le anima a contactar al programa WHC en cualquier momento. También puede recibir cuestionarios del programa WHC. Por favor, tómese el tiempo para completar y devolver los cuestionarios del cliente.

Responsabilidades del participante:

1. Debe firmar el formulario de rechazo del cliente para rechazar los procedimientos/tratamientos recomendados por su médico.
2. Debe actualizar su información de contacto cuando cambie para que WHC pueda enviar recordatorios de citas de exámenes por correo, correo electrónico, teléfono o mensaje de texto, así como información sobre salud y servicios programados.
3. Debe proporcionar su consentimiento para la liberación de información médica de su médico, clínica, laboratorio, unidad de radiología y/o hospital a WHC. La información identificatoria, como el nombre, la dirección, el número de seguro social y/o otra información identificativa, solo será utilizada por este programa. Puede usarse para informarle si se necesitan exámenes de seguimiento. Otra información podrá ser utilizada en estudios realizados por WHC para aprender más sobre la salud de las mujeres. Estos estudios no utilizarán ningún nombre ni otra información identificativa.
4. Debe hacer seguimiento con la clínica/médico si los resultados son anormales, y participar en procedimientos diagnósticos adicionales hasta que se alcance un diagnóstico final.

¿Autoriza a WHC a enviar recordatorios de exámenes por mensaje de texto a su número de celular proporcionado? Pueden aplicarse cargos por mensaje de texto de su proveedor de telefonía móvil.

Sí, por favor envíeme un mensaje de texto

No, por favor no me envíe mensajes de texto.

Entiendo que proporcionar información falsa intencionalmente podría poner en peligro mi inscripción en el programa. He leído y entiendo la explicación anterior sobre el WHC. Mi firma verifica mi consentimiento para participar en el programa y que cumplo con la información de elegibilidad. Entiendo que mi participación en el programa es voluntaria y puedo abandonar el programa y retirar mi consentimiento en cualquier momento.

Firma del solicitante:

Fecha (mes/día/año):

Por favor proporcione la información de contacto de un amigo o familiar que WHC pueda contactar en caso de que no se le pueda localizar.

Nombre:

Número de teléfono:

This publication was supported by the Nevada State Division of Public and Behavioral Health (DPBH) through grant 5 NU58DP007102-04-00 from the Centers for Disease Control and Prevention. (CDC). Its contents are solely the responsibility of the authors and do not necessarily represent the official views of the DPBH or CDC.

WOMEN'S HEALTH CONNECTION (WHC) ANNUAL SCREENING FORM

NEVADA DIVISION of PUBLIC
and BEHAVIORAL HEALTH



CLIENT INFORMATION			
Last Name:		First Name:	
		DOB (mm/dd/yyyy):	
PELVIC EXAM FINDINGS			
Was a high-risk cervical assessment performed at this appointment?		Has the patient had a hysterectomy?	
Yes No		Yes No	
Average risk		Was the hysterectomy due to CIN or invasive cervical cancer?	
High risk		Yes No	
Unknown risk		If yes, is the cervix present? Yes No	
Pelvic Exam Results?			
Normal		Specialist	
Abnormal, not suspicious for cervical cancer		Cervical polyp	
Not performed		Patient is pregnant	
Refused		EDC (mm/dd/yyyy):	
Not indicated or needed			
Abnormal, suspicious for cervical cancer – must be referred to a specialist			
REASON FOR PAP/HPV TEST			
Previous Pap test?		Date (mm/dd/yyyy):	
Yes No Unknown			
Result:			
Routine screening co-test – Pap / HPV test (every 5 years)		Primary HPV screening only	
Routine screening Pap test (every 3 years)		Reflex HPV testing (HPV test as F/U to Pap test)	
Pap after primary HPV+		Patient under surveillance for a previous abnormal test	
Co-test done outside WHC, patient referred for diagnostic services only			
Referral date (mm/dd/yyyy):			
Test result:			

WOMEN'S HEALTH CONNECTION (WHC) ANNUAL SCREENING FORM

NEVADA DIVISION of PUBLIC
and BEHAVIORAL HEALTH



REASON FOR PAP/HPV TEST (CONTINUED)	
No Pap test performed – test not due	Refused
No HPV test performed – test not due	Not ordered (explain in notes)
Notes:	
PLEASE FAX ALL ABNORMAL RESULTS TO A WHC CARE COORDINATOR WITHIN 48 HOURS AT (775) 284-1918	
Clinician's signature:	Date of service (mm/dd/yyyy):
WOMEN'S HEALTH CONNECTION OFFICE USE ONLY	
Date received (mm/dd/yyyy):	Date entered (mm/dd/yyyy):
MED-IT ID#:	

This publication was supported by the Nevada State Division of Public and Behavioral Health (DPBH) through grant 5 NU58DP007102-04-00 from the Centers for Disease Control and Prevention. (CDC). Its contents are solely the responsibility of the authors and do not necessarily represent the official views of the DPBH or CDC.