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:
- ☐ <9th 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:

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:

Cervical History

Have you ever had a Pap test?

☐ Yes ☐ No

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

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.

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: ☐ Inglés ☐ Español Otro:

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:

¿Alguna vez ha tenido una mamografía?

☐ Sí ☐ No

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

¿Historial de cáncer de mama en la familia?

☐ Propio/a ☐ Madre ☐ Hija

☐ Hermana ☐ Ninguno/a Otro/a:

Historial cervical

¿Alguna vez ha tenido una prueba de Papanicolaou?

☐ Sí ☐ No

Fecha de la última menstruación (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

¿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):

CLINICAL BREAST EXAM (CBE) FINDINGS

Was a high-risk breast assessment performed at this appointment? ☐ Yes ☐ No

☐ Average risk

☐ High risk

☐ Unknown risk

Does the patient have breast symptoms?

☐ Yes ☐ No

☐ Normal

☐ Benign (fibrocystic changes, diffuse lumpiness or nodularity)

☐ Discrete palpable mass – previous diagnosed as benign

☐ Not performed (explain in notes)

☐ Refused

☐ *Bloody / serious nipple discharge

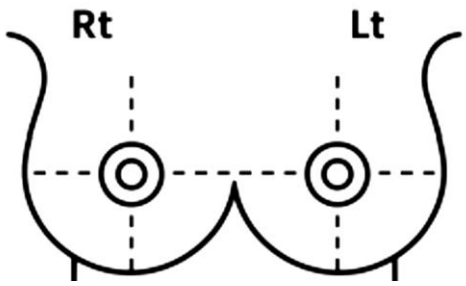
☐ *Focal pain / tenderness

☐ *Discrete palpable mass – suspicious for cancer

☐ *Nipple / areolar scaliness

☐ *Skin dimpling / retraction

Please indicate abnormality and size on diagram below.



***Diagnostic services (mammogram and/or ultrasound) must be completed first before referral to a specialist**

☐ Confirmation of breast cancer diagnosis

REASON FOR IMAGING (PLEASE REMIND PATIENT TO SCHEDULE APPOINTMENT WITHIN 60 DAYS)

Did patient have a previous screening mammogram? ☐ Yes ☐ No

Date (mm/dd/yyyy):	Location:

WOMEN'S HEALTH CONNECTION (WHC) ANNUAL SCREENING FORM

NEVADA DIVISION of PUBLIC and BEHAVIORAL HEALTH

REASON FOR IMAGING (CONTINUED)

- ☐ Routine screening mammogram **(only for patients age 40+)**
- ☐ Diagnostic mammogram and/or ultrasound **(only for patients age 40-49 with an abnormal CBE result)**
- ☐ Ultrasound **(only for patients age 40+ with an abnormal CBE result)**
- ☐ MRI **(for high risk women)**
- ☐ Imaging done outside WHC, client referred for diagnostic services only

Referral date (mm/dd/yyyy):	Imaging results:

Notes:

PELVIC EXAM FINDINGS

Was a high-risk cervical assessment performed at this appointment?

☐ Yes ☐ No

- ☐ Average risk
- ☐ High risk
- ☐ Unknown risk

Has the patient had a hysterectomy?

☐ Yes ☐ No

Was the hysterectomy due to CIN or invasive cervical cancer?

☐ Yes ☐ No

If yes, is the cervix present? ☐ Yes ☐ No

Pelvic Exam Results?

- ☐ Normal
- ☐ Abnormal, not suspicious for cervical cancer
- ☐ Not performed
- ☐ Refused
- ☐ Not indicated or needed
- ☐ Abnormal, suspicious for cervical cancer – **must be referred to a specialist**

Specialist

- ☐ Cervical polyp
- ☐ Patient is pregnant

EDC (mm/dd/yyyy):

REASON FOR PAP/HPV TEST

Previous Pap test? ☐ Yes ☐ No ☐ Unknown	Date (mm/dd/yyyy):

Result:

WOMEN'S HEALTH CONNECTION (WHC) ANNUAL SCREENING FORM

NEVADA DIVISION of PUBLIC and BEHAVIORAL HEALTH

REASON FOR PAP/HPV TEST (CONTINUED)	
☐ 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:	
☐ 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.