

WOMEN'S HEALTH CONNECTION (WHC)

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

NEVADA DIVISION of PUBLIC
and BEHAVIORAL HEALTH



INFORMACIÓN PERSONAL DEL SOLICITANTE			
Apellido:	Primer nombre:	I.S.N.:	Apellido de Soltero/a:
Número de Seguro Social:	Fecha de Nacimiento (mes/día/año):	Género: Femenina Masculino	
Estado Civil: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Separado/a Viudo/a			
INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL SOLICITANTE			
Dirección:		Dirección 2:	
Código Postal:	Estado:	Condado:	Ciudad:
Correo electrónico:	Recibir información por correo electrónico: Sí No		
Teléfono de casa:	Contacto preferido	Mejor momento para llamar:	
Teléfono de trabajo:	Contacto preferido	¿Autoriza a WHC a enviarle mensajes de texto con recordatorios de evaluaciones a su teléfono celular? Pueden aplicarse cargos por mensajes y datos. Sí No	
Teléfono celular:	Contacto preferido		
INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA DEL SOLICITANTE			
País de nacimiento:		Hispano: Sí No	
Idioma preferido: Inglés Español Otro:		Necesita traductor: Sí No	
Raza: (marque todas las que correspondan)	Blanco/a Negro/a Asiático/a Indígena Americano/a	Desconocido	
Grado más alto completado:	Menos de noveno grado Algo de Universidad	Algo de escuela secundaria No sé	Graduado de secundaria o equivalente Prefiero no responder

WOMEN'S HEALTH CONNECTION (WHC) FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

NEVADA DIVISION of PUBLIC
and BEHAVIORAL HEALTH



INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA DEL SOLICITANTE (CONTINUACIÓN)					
¿Cómo se enteró de nuestro programa?					
Proveedor	Tarjeta postal	Redes sociales	Amigo / Pariente		
Recordatorio de WHC	Sitio de Internet	Trabajador Comunitario	Televisión		
Radio	Yo mismo/a	Desconocido	Otro:		
INFORMACIÓN DE ELEGIBILIDAD DEL SOLICITANTE					
¿Tiene seguro médico?		Sí	No		
Si respondió sí, indique el nombre y la cobertura:					
¿Cuál es el ingreso de su hogar antes de impuestos?					
Frecuencia de ingresos:		¿Cuántas personas hay en su hogar?			
Mensual:	Annual:				
¿Tienes Medicare Parte B?		Sí	No		
¿Tienes Medicaid para usted?		Sí	No		
INFORMACIÓN SOBRE EL HISTORIAL MÉDICO DEL SOLICITANTE					
Historial de mama					
¿Está experimentando síntomas en los senos?		Sí	No		
Describa:					
¿Tienes implantes mamarios?		Sí	No		
¿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 del último examen de Papanicolaou (mes/día/año):					
Resultado:					

WOMEN'S HEALTH CONNECTION (WHC) FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

NEVADA DIVISION of PUBLIC
and BEHAVIORAL HEALTH



Historia cervical (continuación)			
¿Alguna vez te has hecho una prueba de VPH (HPV)?		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)		¿Cuál de las siguientes opciones representa mejor su identidad de orientación sexual? (Marque una respuesta)	
Masculino		Heterosexual	
Femenino		Gay	
Hombre trans / Masculino trans		Lesbiana	
Mujer trans / Femenina trans		Bisexual	
Género no binario / No conforme con el género		Transgénero	
Otra identidad: Por favor especifique		No Listado: Por favor especifique	
Prefiero no divulgarlo		Prefiero no divulgarlo	
¿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):		Fecha en que dejó de fumar (mes/día/año):	
Nunca	Actual	Exfumador/a	
¿Estás expuesto al humo de segunda mano?		Sí	No
PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA			
ID de miembro WHC:	Nombre de la clínica:		
Fecha de elegibilidad (mes/día/año):	Fecha de recepción (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):			



PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA

Comentarios:

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

Usted está completando este formulario basándose en su elegibilidad presuntiva para el programa WHC. Si se le remite para buscar cobertura de seguro a través de Medicaid o del mercado de seguros médicos (Health Insurance Marketplace), el programa WHC conservará su información y hará un seguimiento de su estado de seguro para asegurar que reciba sus exámenes de detección de cáncer de seno y cervical a tiempo. Usted podría recibir recordatorios de exámenes de detección y promoción de la salud por parte 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 que usted reciba y que no sigan el calendario de servicios de WHC podrían pasar a ser 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. Puede recibir servicios de gestión de casos a través de WHC si se encuentran resultados anormales, con el fin de recibir servicios de diagnósticos y de tratamiento oportunos y adecuados.
4. Se le anima a contactar al programa WHC en cualquier momento. Asimismo, podría recibir cuestionarios del programa. Le pedimos que dedique tiempo a completar y devolver estos cuestionarios para clientes.

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 enviarle recordatorios de citas de exámenes por correo, correo electrónico, teléfono o mensaje de texto, así como información sobre salud y servicios programados.
3. Usted debe dar su consentimiento para que su médico, clínica, laboratorio, unidad de radiología y/o hospital entreguen su información médica a WHC. La información de identificación, como nombre, dirección, número de seguro social y/u otros datos personales, será utilizada únicamente por este programa. Esta información podría usarse para informarle si necesita exámenes de seguimiento. Otros datos podrían utilizarse en estudios realizados por WHC para aprender más sobre la salud de la mujer; estos estudios no utilizarán su nombre ni ninguna otra información que la identifique.
4. Es su responsabilidad contactar a su clínica o médico si tiene resultados anormales y completar todas las pruebas adicionales hasta obtener un diagnóstico final.

WOMEN'S HEALTH CONNECTION (WHC) FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

NEVADA DIVISION of PUBLIC
and BEHAVIORAL HEALTH



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

Entiendo que proporcionar información falsa a sabiendas podría poner en peligro mi inscripción en el programa. He leído y entiendo la explicación anterior sobre WHC. Mi firma verifica mi consentimiento para participar en el programa y confirma que cumplo con los requisitos de elegibilidad. Entiendo que mi participación en el programa es voluntaria y que puedo retirarme del programa y revocar 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:

Esta publicación cuenta con el apoyo de la División de Salud Pública y Conductual del Estado de Nevada (DPBH) a través de la subvención número NU58DP007102-05-00 de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Su contenido es responsabilidad exclusiva de los autores y no representa necesariamente las opiniones oficiales del DPBH o del CDC.

WOMEN'S HEALTH CONNECTION (WHC) OFFICE VISIT 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
Does the patient have breast implants?	Yes	No
CBE Results		
Normal Benign (fibrocystic changes, diffuse lumpiness or nodularity) Discrete palpable mass – previously diagnosed as benign Not performed (explain in notes) Refused Confirmation of breast cancer diagnosis *Bloody / serous nipple discharge *Focal pain / tenderness *Discrete palpable mass – suspicious for cancer *Nipple / areolar scaliness *Skin dimpling / retraction	Please indicate abnormality and size on the diagram below.	
*Diagnostic services (mammogram and / or ultrasound) must be completed first before referral to a specialist		
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) OFFICE VISIT 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)**

Magnetic Resonance Imaging (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 Cervical Intraepithelial Neoplasia (CIN) or
invasive cervical cancer? Yes No

If yes, is the cervix present? Yes No

Pelvic Exam Results

Normal Not performed

Refused Not indicated or needed

Abnormal, not suspicious for cervical cancer (explain in notes)

Abnormal, suspicious for cervical cancer (explain in notes) – must be referred to a specialist

Notes:

Specialist

Cervical polyp

Patient is pregnant

Estimated date of confinement (mm/dd/yyyy):

WOMEN'S HEALTH CONNECTION (WHC) OFFICE VISIT FORM

NEVADA DIVISION of PUBLIC
and BEHAVIORAL HEALTH



REASON FOR PAP/HPV TEST			
Previous Pap test?	Yes	No	Unknown
			Date (mm/dd/yyyy):
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:			
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):	
WHC OFFICE USE ONLY			
Date received (mm/dd/yyyy):	Date entered (mm/dd/yyyy):	Med-IT ID#:	

This publication is supported by the Nevada State Division of Public and Behavioral Health (DPBH) through grant number NU58DP007102-05-00 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.