

Women's Wellness Connection
FORMULARIO DE ANTECEDENTES DEL PACIENTE



COLORADO
 Department of Public
 Health & Environment

AGENCY # 76700	CHART #	eCaST ID
ENROLLMENT/RE-ENROLLMENT DATE		

CLIENTE SIN SEGURO: REMITIDO POR EL SEGURO (marque todas las opciones que correspondan)

Medicaid
 Otro: _____
 Connect for Health Colorado
 No se remitió al cliente

INSTRUCCIONES PARA EL PACIENTE: Completar cada parte a continuación. *Esta información se requiere para inscripción al programa WWC.

APELLIDO*	PRIMER NOMBRE*	SEGUNDO NOMBRE*	APELLIDO DE SOLTERA*
ÚLTIMOS 4 NÚMEROS DE SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL*		FECHA DE NACIMIENTO*	EDAD*

IDENTIFICACIÓN

¿A QUÉ ORIGEN ÉTNICO PERTENECE? ELIJA UNO A CONTINUACIÓN? *

Soy latina y/o hispana.
 No soy latina ni hispana.
 No estoy segura de si soy latina o hispana.

¿QUÉ RAZA(S) ES USTED? MARQUE TODO LO QUE SEA VERDADERO?*

Negra/ afroamericana
 Asiática
 Isleña del Pacífico
 Blanca
 Nativa de Alaska
 No estoy segura
 Amerindia (Tribu: _____)
 Nativa de las islas Aleutianas
 Otra: _____
 Nativa de Hawái

REQUISITOS

¿TIENE SEGURO MÉDICO PRIVADO O MEDICAID?*

Sí, tengo Medicaid.
 Sí, tengo seguro privado.
 Marque a continuación lo que sea verdadero.
 pero tengo un deducible alto
 pero no cubre los exámenes de detección de cáncer
 No, no tengo seguro medico privado ni Medicaid.

¿TIENE MEDICARE?*

Sí, sólo la parte A.
 Sí, las partes A y B.
 No, no tengo Medicare.

A mi leal saber y entender, los ingresos BRUTOS MENSUALES (antes de impuestos) para mi grupo familiar son:*

La cantidad de personas que viven de estos ingresos, incluyéndome a mí (esto puede incluir personas que no viven en su casa):*

¿CÓMO SE ENTERÓ ACERCA DE LOS EXÁMENES GRATUITOS DE DETECCIÓN DE CÁNCER CERVICOUTERINO Y DE MAMA DE WWC?

Folleto/Póster
 Targeted Community Outreach (TCO)
 Anuncio de periódico
 Otro
 Anuncio de la radio

CONTACTO

PROPORCIONE UNA DIRECCIÓN A DONDE PODEMOS COMUNICARNOS CON USTED A CONTINUACIÓN:

Dirección postal:

Ciudad* Estado* Código postal*

Condado*

Dirección de correo electrónico

Contacto de emergencia
 Incluya un número de teléfono de alguien a quien podamos llamar si cambiara su número de teléfono en el futuro o en caso de emergencia: