

Formulario de Evaluación. Programa de Prevención de Cáncer y Tabaco del Condado de Montgomery

(Revised: 12/10/19,
Effective 01/08/2020)

¿Está interesado en la detección del cáncer de seno / cuello uterino y / o la detección del cáncer de colon?

Seno y cuello uterino Colon Ambos Navegación del paciente

Información del paciente:

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del Segundo nombre: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Número de Seguro Social: _____

Dirección: _____ Apartamento/Cuarto/Unidad#: _____

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

Teléfono: Casa(____) ____-____ Trabajo(____) ____-____ Teléfono móvil(____) ____-____

El mejor número para llamar _____

Email: Sí No Dirección del correo electrónico: _____

Texto: Sí No Número: _____

Género: Hombre Mujer

Etnicidad: Latina Negra/Hispana Latina Blanca/Hispana No Hispana Desconozco

Raza: Indio Americano/Nativo de Alaska Asiático Negro/Afro Americano

(Marque todo lo

que aplica) Hawaiano/Otro Isleño del Pacífico Blanco/Caucásico Desconozco Otra, especificar _____

Nivel de Educación: No escuela secundaria Alguna escuela secundaria Graduado de secundaria

(Nivel más alto)

Mayor que la secundaria Desconozco

Estado Civil: Casado Divorciado Viudo Separado Nunca Casado

Pareja de una pareja soltera Desconozco

Sí está casado, el nombre completo del cónyuge: _____

Idioma principal/preferido: Inglés Español Francés Chino Otro, especificar _____

País de nacimiento: _____

¿Necesitará un intérprete? Sí No En caso de que sí, en qué idioma: _____

¿Tiene alguna necesidad o discapacidad de la que deberíamos saber? No

Sí, marque todo lo que corresponda de la lista a continuación:

Formulario de Evaluación. Programa de Prevención de Cáncer y Tabaco del Condado de Montgomery

- La Discapacidad Auditiva Discapacidad del Habla Discapacidad de Aprendizaje Invalidez Física
 Acceso para Discapacitados Cuidado de Niños/Cuidado de Ancianos Necesita ayuda para hacer citas
 Transporte Otra, especificar _____

Información de contacto en caso de emergencia (persona de contacto si no podemos comunicarnos con usted)

Apellido: _____ Nombre: _____ Relación con usted: _____

Teléfono: Casa (____) _____ - _____ Trabajo (____) _____ - _____ Teléfono móvil(____) _____ - _____

Información del hogar

Número de personas en el hogar: _____ (incluye usted, su cónyuge y sus dependientes)
Ingresos Anuales: \$ _____ (Los ingresos incluyen: empleo, Seguro Social, por discapacidad, por desempleo, ingreso de inversión, etc. Si está casado, debe incluir el salario de su esposo.)

Si no tiene ingresos, explique cómo se mantiene: _____

Proveedor de Atención Médica/Médico/Clínica e Información sobre Seguros de Salud

¿Tiene un proveedor de atención médica? / médico/clínica: Sí No/Desconozco

Nombre de Proveedor de atención médica/Médico/Clínica: _____

Dónde/Ubicación: _____

Número de teléfono del proveedor de atención médica/Médico/Clínica:(____) _____ - _____

Navegador de pacientes: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Dirección del correo electrónico: _____

Está cubierto por un seguro de salud: Sí No Desconozco

En caso de que sí, tipo de seguro de salud:

- Medicare- Tipo A Medicare- Tipo A y B Medicare- Tipo desconocido Medicaid/Asistencia Médica
 Privado/Comercial (HMO/PPO) PAC Otro

En caso de que sí, debe adjuntar a este formulario una copia del frente y de atrás de su tarjeta de seguro..

¿Cómo se enteró de este programa de detección del cáncer? (marque todo lo que corresponda)

- Evento Comunitario Otro proveedor de atención medica Doctor Amigo Familia Correo
 Cartelera Iglesia Artículo de revista Folleto Periódico Medios de comunicación social Póster
 Televisión Internet Radio Desconozco

Agencia comunitaria, especificar: _____

Programa local (distinto del Programa de Cáncer y tabaco), especificar: _____

Otra, especificar: _____

Formulario de Evaluación. Programa de Prevención de Cáncer y Tabaco del Condado de Montgomery
¿Alguna vez ha sido examinado o recibido tratamiento para el cáncer de colon, oral, piel, próstata, seno o cuello uterino por algún programa de salud pública de Maryland?

No Desconozco

Si, especificar condado(s): _____

Historial Médico Personal

¿Tiene o alguna vez ha tenido alguna de las siguientes enfermedades/afecciones?:

(marque todo lo que corresponda)

Alergias: Si No Desconozco

Diabetes: Si No Desconozco

Azúcar alta en la sangre: Si No Desconozco

Enfermedad del corazón: Si No Desconozco

Alta presión sanguínea: Si No Desconozco

Problemas de riñón: Si No Desconozco

Enfermedad pulmonar: Si No Desconozco

Otro: Si No Desconozco

En caso de que si, tipo/tipo de enfermedad/condición: _____

Cualquier tipo de cáncer: Si No Desconozco

(no incluye seno/cervical/colon)

En caso de que si, tipo de cáncer: _____

Fecha de diagnóstico: _____

Cualquier tipo de cirugía: Si No Desconozco

En caso de que si, tipo de cirugía: _____

¿Alguna vez ha usado tabaco en alguna forma?

Si (continúe esta sección) No (no siga) Desconozco (no siga)

¿Actualmente usa tabaco? Si No Desconozco

En caso de que si, verifique todos los productos utilizados:

Cigarrillo Tubo Cigarro Escupir tabaco (rapé, mascar, etc.)

¿Ha fumado 100 o más cigarrillos a lo largo de su vida?

Si No (no siga) Desconozco

¿En caso de que si, a qué edad fumaste por primera vez?

Edad: _____ Desconozco

¿Si dejó de fumar, a qué edad dejó de fumar?

Edad: _____ Desconozco

Número promedio de paquetes de cigarrillos que fumaba cada día (20 cigarrillos por paquete): _____

Medicamentos: (enumere cualquiera que está tomando actualmente) _____

Historia Personal y Familiar de Colón; Prueba de Detección de Cáncer de Colon

Está interesado en la detección del cáncer de colon: No (ir a la siguiente sección)

Si (marque todo lo que corresponda en esta sección)

¿Tiene o alguna vez ha tenido alguna de las siguientes enfermedades/afecciones?: (marque todo lo que corresponda)

Cáncer colorrectal: Si No Desconozco

En caso de que si, fecha de diagnóstico: _____

Pólipo colorrectal: Si No Desconozco

En caso de que si, fecha de diagnóstico: _____

Historia de la Enfermedad Intestinal Inflamatoria: Si No Desconozco

Radiación Pélvica: Si No Desconozco

¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas? (marque todo lo que corresponda)

Dolor en la zona abdominal baja: Si No ¿Si es así, por cuánto tiempo? _____

Sangre roja brillante por el recto, heces con sangre: Si No

Cambio marcado en los hábitos intestinales Si No

Pérdida de peso inexplicable: Si No ¿Si es así, por cuánto tiempo? _____

Otros síntomas gastrointestinales: _____

¿Alguien en su familia (pariente de primer grado) tiene alguna de las siguientes condiciones?:

Formulario de Evaluación. Programa de Prevención de Cáncer y Tabaco del Condado de Montgomery

Cáncer de colon: Si, especificar relación y edad más joven al momento del diagnóstico No Desconozco
 Padre- Edad_____ Madre- Edad_____ Hermano- Edad_____ Hermana- Edad_____
 Hijo- Edad_____ Hija- Edad_____ Otra (especificar): _____ - Edad_____

Adenoma de Colon/Pólipo Serrado/Tipo de Pólipo Desconocido:

Si, especificar relación y edad más joven al momento del diagnóstico No Desconozco
 Padre- Edad_____ Madre- Edad_____ Hermano- Edad_____ Hermana- Edad_____
 Hijo- Edad_____ Hija- Edad_____ Otra (especificar): _____ - Edad_____

¿Ha sido examinado previamente para detectar cáncer colorrectal? Si (marque todo lo que corresponda) No Desconozco

Sigmoidoscopia Fecha_____ Dónde_____ Resultados_____
 Colonoscopia Fecha_____ Dónde_____ Resultados_____
 Enema de Bario Fecha_____ Dónde_____ Resultados_____
Otra prueba (especificar): _____ Fecha_____ Dónde_____ Resultados_____

Historia Personal y Familiar del Seno; Prueba de Detección de Cáncer de Seno

Está interesado en la detección del cáncer de seno: No (Ir a la siguiente sección)

Si (marque todo lo que corresponda en esta Sección)

¿Tiene o alguna vez ha tenido alguna de las siguientes enfermedades/afecciones?: (marque todo lo que corresponda)

Cáncer de Seno: Si No Desconozco

En caso de que sí, fecha del primer diagnóstico: _____

Cirugía en cualquiera de los senos: Si No Desconozco

En caso de que sí, fecha: _____ Por qué? _____

Implantes de pecho: Si No Desconozco

¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas? (marque todo lo que corresponda)

Dolor en los senos Si No Desconozco

Problemas en los senos (bulto, sangrado o secreción de los pezones): Si No Desconozco

¿Alguien en su familia (pariente de primer grado) tiene alguna de las siguientes condiciones?:

Cáncer de Seno: Si, especificar relación y edad más joven al momento del diagnóstico No Desconozco

Padre- Edad_____ Madre- Edad_____ Hermano- Edad_____ Hermana- Edad_____
 Hijo- Edad_____ Hija- Edad_____ Otra (especificar): _____ - Edad_____

¿Ha sido examinada previamente para detectar cáncer de seno? Si (marque todo lo que corresponda) No Desconozco

Examen de senos por médico Fecha_____ Dónde_____ Resultados_____
 Mamografía Fecha_____ Dónde_____ Resultados_____

Historia Personal y Familiar Cervical; Prueba de Detección de Cáncer de Cuello Uterino

Interesado en la detección del cáncer cervical: No (Ir a la siguiente sección)

Si (marque todo lo que corresponda en esta sección)

¿Tiene o alguna vez ha tenido alguna de las siguientes enfermedades/afecciones?: (marque todo lo que corresponda)

Cáncer de cuello uterino: Si No Desconozco

Histerectomía: Si No Desconozco

En caso de que sí, fecha: _____ Por qué? _____

Cervix o cuello uterino: Si No Desconozco

Período menstrual: Si No Desconozco

Formulario de Evaluación. Programa de Prevención de Cáncer y Tabaco del Condado de Montgomery

En caso de que si, fecha del último período menstrual: _____

¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas? (marque todo lo que corresponda)

Sangrado vaginal anormal o flujo vaginal anormal Si No Desconozco

Dolor pélvico Si No Desconozco

¿Alguien en su familia (pariente de primer grado) tiene alguna de las siguientes condiciones?:

Cáncer de cuello uterino: Si, especifique la relación y la edad más joven al momento del diagnóstico No

Desconozco

Padre- Edad _____ Madre- Edad _____ Hermano- Edad _____ Hermana- Edad _____

Hijo- Edad _____ Hija- Edad _____ Otra (especificar): _____ - Edad _____

¿Ha sido examinado previamente para detectar cáncer de cuello uterino? Si (marque todo lo que corresponda) No Desconozco

Prueba de Pap/Papanicolaou Fecha _____ Dónde _____ Resultados _____

Prueba de Pap/HPV Fecha _____ Dónde _____ Resultados _____

Información para su cita

Marque los mejores días y horarios para su cita.

Lunes: AM PM

Martes: AM PM

Miércoles: AM PM

Jueves: AM PM Viernes: AM PM Comentarios: _____

Mi firma a continuación afirma que la información proporcionada aquí es verdadera según mi leal saber y entender. Entiendo que proporcionar información falsa a sabiendas puede resultar en cancelar mi participación en el programa.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Program/Office Use Only

Provided literature/info. to client on dangers of tobacco use: Yes No

Is client eligible for any cancer screening, diagnosis or treatment services in the Program?

Yes, enroll client in the following CDB module (*check all that apply*)

Colorectal

Yes, enroll client in the following CaST module (*check all that apply, must select at least one*)

Breast

Cervical

Approved NCM Signature: _____ Date: _____

No [*Do not enter client in CDB/CaST*]

Not eligible: Reason: _____