



Formulario de inscripción de ScreenWise

Responda todas las preguntas

Enviar a screenwise.info@odhsoha.oregon.gov

Se debe entregar a ScreenWise en el plazo de 5 días a partir de la inscripción

Nombre de la agencia de inscripción: _____

Nombre del centro de inscripción: _____

Tipo de inscripción: En persona (firma obligatoria)

A distancia (indique 'a distancia' en la línea de la firma)

Número de expediente médico: _____ Fecha de inscripción: _____

Nombre completo del/de la paciente:

Fecha de nacimiento: _____ Identidad de género: _____
(como femenino, masculino o no binario)

¿Sin hogar o en condición inestable de vivienda? (Si es así, marque la casilla y solo escriba abajo el código postal y el condado)

Dirección particular: _____ N.º de apartamento: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Código postal: _____

Teléfono: Condado:

¿Tiene seguro médico o Medicaid?: Sí

Sí, pero no es suficiente para cubrir mis necesidades

No

¿A cuánto ascienden los ingresos mensuales brutos de su grupo familiar? \$ _____ mensual

(Este es el total de ingresos mensuales de todos los integrantes del grupo familiar antes de descontarse los impuestos)

¿Cuántas personas viven en su grupo familiar? (Inclúyase usted) _____ personas

Consentimiento del/de la paciente

El programa ScreenWise de Oregon (ScreenWise), un programa de la Autoridad de Salud de Oregon, tiene como objetivo reducir el cáncer de mama y de cuello uterino por medio de la promoción del examen de prevención y detección temprana.

ScreenWise puede pagar lo siguiente:

- Detección y pruebas de diagnóstico de cáncer de mama o de cuello uterino
- Orientación y apoyo para pacientes

ScreenWise no pagará el tratamiento para el cáncer de mama ni de cuello uterino. Si se necesita tratamiento, los pacientes pueden presentar una solicitud para el Programa de Tratamiento de Cáncer de Mama y Cuello Uterino de Medicaid (BCCTP, por sus siglas en inglés).

Al firmar este formulario, entiendo que:

- Mi inscripción puede comenzar hasta tres meses antes de la fecha de la firma indicada abajo, lo cual le permite a ScreenWise pagar por reclamos elegibles durante ese período.
- Permaneceré inscrito(a) en ScreenWise durante un año mientras siga siendo elegible y no solicite el retiro del programa.
- Mi proveedor evaluará mi elegibilidad para permanecer en el programa todos los años.
- ScreenWise, mis proveedores de atención médica, las clínicas o los hospitales pueden compartir información
- entre sí sobre mi atención médica y cualquier atención médica relacionada que yo reciba mediante ScreenWise, y pueden organizar mi atención y mi participación en servicios adecuados de detección o diagnóstico, relacionados con el cáncer de mama y de cuello uterino.
- Mi información no será compartida con nadie fuera de la Autoridad de Salud de Oregon, sus proveedores contratados y financiadores; cualquier informe publicado no usará mi nombre.
- Puedo recibir comunicaciones por escrito, por teléfono o vía electrónica que estén relacionadas con los servicios de ScreenWise.
- Mi proveedor deberá informarme por escrito sobre cualquier servicio que no esté cubierto por ScreenWise.

Al firmar este formulario, confirmo que:

Reúno todos los requisitos de elegibilidad para el programa que se indican a continuación:

- Vivo o planeo vivir en Oregon.
- El ingreso de mi grupo familiar es igual o inferior al 250 % del índice federal de pobreza.
- No tengo seguro o mi seguro no cubre mis necesidades por completo.

Firma del/de la paciente: _____ Fecha: _____

Nombre del/de la paciente (en letra de imprenta): _____

Puede obtener este documento en otros idiomas, en letra grande, en braille o en otro formato que prefiera, sin costo alguno. Comuníquese con el Programa ScreenWise escribiendo a screenwise.info@odhsoha.oregon.gov o llamando al 503-580-0652 (voz/texto). Aceptamos todas las llamadas de retransmisión.

Patient service eligibility

Age 18-39 and need breast or cervical cancer diagnostic services. Yes

Age 40 or older and need breast or cervical cancer screening or diagnostic services. Yes

Breast cancer assessment *selections do not affect eligibility*

High Risk for Breast Cancer? Yes No Unknown

Breast cancer services

Clinical Breast Exam (Current Enrollment Period): Normal

CBE date (MM/DD/YYYY): _____
Abnormal/suspicious for cancer
Not performed

Current Mammogram ordered? Yes (screening or diagnostic)

Sent directly for additional diagnostics
(e.g. ultrasound, biopsy, etc.)

No breast services performed

Cervical cancer assessment *selections do not affect eligibility*

Last Pap (prior to current enrollment)? Yes, date (if known): _____
No
Unknown

High Risk for Cervical Cancer? Yes No Unknown

Cervical cancer screening services

Current Cervical Services ordered Routine Pap
Surveillance after recent abnormal Pap
No pap, other diagnostic ordered
Colposcopy
Other cervical diagnostics
No cervical services performed

HPV ordered? Yes No

Raza, origen étnico, idioma y discapacidad (REALD, por sus siglas en inglés)

Las siguientes preguntas son opcionales, y sus respuestas son confidenciales. Nos gustaría que nos dijera su raza, origen étnico, idioma y niveles de capacidad, para que podamos encontrar y abordar las diferencias en la salud y el servicio. Si no quiere responder estas preguntas, marque la opción: “No quiero responder”. Si tiene cualquier pregunta al completar este formulario, hable con el personal de la clínica para que le ayuden.

Raza y origen étnico

1. ¿Cómo se identifica en relación con su raza u origen étnico, afiliación tribal, país de origen o ascendencia? (por ejemplo, ancestros de sus padres, afiliación tribal)

No quiero responder

2. ¿Cuál de las siguientes opciones describe su identidad racial o étnica? Marque TODAS las opciones que correspondan.

Hispano/a y latino/a/x

Centroamericano
Mexicano
Sudamericano
Hispano/a o latino/a/x de otro origen

Indígena de Hawái o de las Islas del Pacífico

Chamoru (chamorro)
Marshalés
Comunidades de la región de Micronesia
Indígena de Hawái
Samoano
De otras Islas del Pacífico

Blanca

De Europa Oriental
Eslavo
De Europa Occidental
Blanca de otro origen étnico

Indígena estadounidense o de Alaska

Indígena estadounidense
Indígena de Alaska
Inuit, Métis o Primeras Naciones de Canadá
Indígena mexicano, centroamericano o sudamericano

Negra y afroestadounidense

Afroestadounidense
Afrocaribeño Etíope
Somalí
Africana de otro origen étnico (negra)
Negra de otro origen étnico

Asiática

India asiática
Camboyana
China
Comunidades de Myanmar
Filipina
Hmong
Japonesa
Coreana
Laosiana
Del sur de Asia
Vietnamita
Asiática de otro origen étnico

Otras categorías

Otra, indique:

No sé

No quiero responder

3. Si marcó **más de una** de las categorías anteriores, ¿hay una que usted crea que sea su identidad racial o étnica **principal**?
- Sí. Encierre en un círculo su identidad racial o étnica principal.
No tengo solamente una identidad racial o étnica principal.
No. Me identifico como birracial o multirracial.
N/A. Solamente marqué una de las categorías anteriores.
No sé
No quiero responder

Idioma (Hay intérpretes disponibles sin cargo)

4a. ¿Qué idioma o idiomas habla en su casa?

Pase a la pregunta 7 si NO indicó un idioma que no sea el inglés o la lengua de señas

4b. ¿En qué idioma prefiere que nos comuniquemos con usted en persona, por teléfono o virtualmente?

4c. ¿Qué idioma quiere que usemos para los mensajes por escrito?

- 5a. ¿Necesita o quiere un **intérprete** para que podamos comunicarnos con usted?
- Sí
No
No sé
No quiero responder
- 5b. Si necesita o quiere un intérprete, ¿qué tipo de intérprete prefiere?
- Intérprete de idiomas hablados
Intérprete de lengua de señas estadounidense (ASL)
Intérprete para sordociegos e intérprete para sordos con barreras adicionales
Intérprete de lengua de señas de contacto (PSE)
Otro (indique) _____

Pase a la pregunta 7 si no usa otro idioma que no sea el inglés o la lengua de señas

6. ¿Qué tan bien habla inglés?
- Muy bien
Bien
No hablo bien
No hablo nada
No sé
No quiero responder

Nivel de capacidad/discapacidad

Sus respuestas nos ayudarán a encontrar las diferencias en la salud y los servicios entre las personas con o sin dificultades funcionales. Sus respuestas tienen carácter confidencial.

7. ¿Es sordo(a) o tiene **dificultades graves de audición?** Sí No Se desconoce No quiero responder

Si la respuesta es “Sí”, ¿a qué edad comenzó esta afección? _____

8. ¿Es ciego(a) o tiene **dificultades graves de la vista,** incluso cuando usa lentes? Sí No Se desconoce No quiero responder
- Si la respuesta es “Sí”, ¿a qué edad comenzó esta afección? _____**

Deténgase aquí si usted/la persona tiene menos de 5 años

9. ¿Tiene dificultades graves para **caminar o subir escaleras?** Sí No Se desconoce No quiero responder
- Si la respuesta es “Sí”, ¿a qué edad comenzó esta afección? _____**

10. Debido a una afección física, mental o emocional, ¿tiene **dificultades graves para concentrarse, recordar o tomar decisiones?** Sí No Se desconoce No quiero responder
- Si la respuesta es “Sí”, ¿a qué edad comenzó esta afección? _____**

11. ¿Tiene **dificultades graves para vestirse o bañarse?** Sí No Se desconoce No quiero responder
- Si la respuesta es “Sí”, ¿a qué edad comenzó esta afección? _____**

12. ¿Tiene **dificultades graves para aprender** a hacer cosas que la mayoría de las personas de su edad pueden aprender? Sí No Se desconoce No quiero responder
- Si la respuesta es “Sí”, ¿a qué edad comenzó esta afección? _____**

13. Cuando usa su idioma habitual, ¿tiene **dificultades graves para comunicarse**, (por ejemplo, para comprender y hacerse comprender por los demás)
- Sí No Se desconoce No quiero responder
No sé cuál es la pregunta que se me hace
- Si la respuesta es “Sí”, ¿a qué edad comenzó esta afección? _____**

Deténgase aquí si usted/la persona tiene menos de 15 años

14. Debido a una afección física, mental o emocional, ¿tiene dificultades para hacer diligencias solo(a), como ir a un consultorio médico o ir de compras?
- Sí No Se desconoce No quiero responder
Si la respuesta es “Sí”, ¿a qué edad comenzó esta afección? _____
15. ¿Tiene dificultades graves con los siguientes: su estado de ánimo, la intensidad de sus emociones o para controlar su comportamiento, o tiene delirios o alucinaciones?
- Sí No Se desconoce No quiero responder
No sé cuál es la pregunta que se me hace
- Si la respuesta es “Sí”, ¿a qué edad comenzó esta afección? _____**

Puede obtener este documento en otros idiomas, en letra grande, en braille o en otro formato que prefiera, sin costo alguno. Comuníquese con el Programa ScreenWise escribiendo a screenwise.info@odhsoha.oregon.gov o llamando al 503-580-0652 (voz/texto). Aceptamos todas las llamadas de retransmisión.