

Agencia de inscripción: \_\_\_\_\_ Nombre del centro: \_\_\_\_\_

Número de expediente médico: \_\_\_\_\_ Fecha de inscripción: \_\_\_\_\_

Nombre completo del/de la paciente:		
Fecha de nacimiento:	Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> ¿Sin hogar o en condición inestable de vivienda?
Dirección particular:	N.º de apartamento:	(Si es así, marque la casilla y solo escriba abajo el código postal y el condado)
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Por teléfono:	Condado:	

¿Tiene usted seguro médico o Medicaid?:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Sí, pero no es suficiente para cubrir mis necesidades <input type="checkbox"/> No
---	--

¿A cuánto ascienden los <b>ingresos mensuales brutos de su grupo familiar?</b> <i>(Este es el total de los ingresos de todos los integrantes del grupo familiar antes de descontarse los impuestos):</i>	\$ _____ mensuales
---	--------------------

¿Cuántas personas viven en su grupo familiar (incluyéndose usted)?:	_____ personas
---	----------------

¿Origen hispano o latino?:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé/no estoy seguro(a) <input type="checkbox"/> No deseo responder
----------------------------	--

Raza (marque una o más):	<input type="checkbox"/> Indígena estadounidense o indígena de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negra o afroestadounidense <input type="checkbox"/> Indígena de Hawái o de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> No sé/no estoy seguro(a) <input type="checkbox"/> No deseo responder
--------------------------	--

¿En qué idioma prefiere leer?	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otra:
-------------------------------	---

**\* Envíe toda la información del paquete de admisión a ScreenWise en un plazo de 5 días hábiles.**

## Consentimiento del/de la cliente

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 del fomento de la prevención y la detección temprana.

### ScreenWise puede pagar lo siguiente:

- Detección y pruebas diagnósticas de cáncer de mama o de cuello uterino
- Detección de cáncer hereditario por medio de asesoramiento genético y pruebas para detectar mutaciones de los genes BRCA1 y BRCA2, a fin de identificar a los pacientes de alto riesgo
- Orientación y apoyo para pacientes

**ScreenWise no pagará el tratamiento para el cáncer de mama o 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 periodo.
- 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 y/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 diagnóstico y/o detección, asesoramiento genético y pruebas en relación 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 los servicios que no estén cubiertos por ScreenWise.

Al firmar este formulario, **confirmando** 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 Nivel 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 cliente (*letra imprenta*):

Puede obtener este documento en otros idiomas, en letra grande, braille o en un formato que usted prefiera. Comuníquese con ScreenWise al 971-673-0581. Aceptamos llamadas de retransmisión o puede llamar al 711.

## FOR PROVIDER USE ONLY

### Patient service eligibility

<b>Does the patient need breast or cervical cancer diagnostic services?</b>	<input type="checkbox"/> 21-49 years old* <b>*Patients 21-49 are not eligible for enrollment unless diagnostic services are needed</b> <input type="checkbox"/> 50 years or older
---	---

### Breast cancer assessment *\*selections do not affect eligibility\**

<b>Ashkenazi Jewish origin?</b>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown <input type="checkbox"/> Refused
<b>Has patient, or any of their close blood related relatives ever been diagnosed with breast, fallopian tube, male breast, melanoma, ovarian, pancreatic, peritoneal, or prostate cancers?</b>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown <input type="checkbox"/> Refused
<b>Breast cancer risk?</b>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown

### Breast cancer services

<b>CBE date:</b> _____ (MM/YYYY)	<input type="checkbox"/> Normal exam/benign finding <input type="checkbox"/> Abnormal/suspicious for cancer <input type="checkbox"/> Not performed
<b>Mammogram ordered?</b>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sent directly for diagnostics <i>(e.g. ultrasound, etc.)</i>

### Cervical cancer assessment *\*selections do not affect eligibility\**

<b>Previous pap?</b>	<input type="checkbox"/> Yes, date <i>(if known)</i> : _____ (MM/YYYY) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown
<b>Cervical cancer risk?</b>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown

### Cervical cancer screening services

<b>Pap date:</b> _____ (MM/YYYY)	<input type="checkbox"/> Routine screening <input type="checkbox"/> Surveillance <input type="checkbox"/> Pap elsewhere, referred in for diagnostics <input type="checkbox"/> Pap after primary HPV+ <input type="checkbox"/> No pap done <input type="checkbox"/> No cervical services performed
<b>HPV ordered?</b>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No