

Clinic use only/ Para el uso exclusivo de la clínica

Patient ID number (<i>provider's record number</i>) :	Enrollment date: / /
Enrolling agency and site:	
Was patient referred to OregonHealthcare.gov to determine potential eligibility for health care coverage? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	If yes , referral date: / /

Información del paciente

Apellido(s):	Primer nombre:	Inicial del 2.º nombre:
Fecha de nacimiento: / /	Sexo: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	
Dirección:	N.º de apartamento:	
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono:		Condado:
Otro(s) nombre(s) usado(s): (<i>Apellido</i>)		(<i>Nombre</i>)

Información de un contacto alternativo (*en caso de que no podamos comunicarnos con usted*)

Nombre:	Relación con usted:
Dirección:	N.º de apartamento:
Ciudad:	Estado:
Código postal:	Teléfono:

Información de elegibilidad

¿Tiene usted seguro médico o Medicaid? Sí No
 Si la respuesta es **Sí**, ¿es lo siguiente VERDADERO?
 Mi plan de seguro médico no cubre completamente servicios de pruebas para la detección de cáncer de mama y de cuello uterino, como mamografías y/o análisis de Papanicolaou. Sí No
 Mis costos pagados de mi propio bolsillo para servicios de diagnóstico representan una dificultad económica Sí No

¿A cuánto ascienden los ingresos mensuales brutos de su grupo familiar?
 (*Este es el total de los ingresos de todos los integrantes del grupo familiar antes de descontarse los impuestos*):

¿Cuántas personas viven en su grupo familiar (*incluido usted*)?:

Información demográfica (*recopilamos esta información para brindarle un mejor servicio*)

Origen latino o hispano:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Prefiere no contestar
Origen judío ashkenazi:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Prefiere no contestar
Preferencia de idioma:	
Raza: (<i>elija una o más opciones</i>)	<input type="checkbox"/> Indígena estadounidense o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Negro o afroestadounidense <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Prefiere no contestar
Si eligió más de una raza, ¿cuál considera que es su raza principal?	<input type="checkbox"/> Indígena estadounidense o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> No tengo identidad de raza principal <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Negro o afroestadounidense <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Prefiere no contestar <input type="checkbox"/> Blanco

Discapacidad (*marque todas las que correspondan; opcional*):

Física/movilidad
 Intelectual/cognitiva

Audición Vista
Otro: _____

Consentimiento del cliente

Al inscribirse en el programa de ScreenWise, acepto las condiciones incluidas en este formulario:

- ScreenWise puede pagar las pruebas para la detección del cáncer de mama y de cuello uterino y las pruebas de diagnóstico, y puede pagar los servicios de detección relacionados con la enfermedad cardíaca y el accidente cerebrovascular (embolia), si mi proveedor está inscrito para ofrecer estos servicios.
- ScreenWise no pagará el tratamiento para el cáncer y es posible que yo deba pagar las pruebas y el tratamiento que ScreenWise no cubre.
- Ser elegible para los servicios de diagnóstico y detección del cáncer de mama y de cuello uterino no garantiza que también recibiré servicios de detección relacionados con la enfermedad cardíaca ni con el accidente cerebrovascular.
- No tengo Medicaid, Medicare ni otro seguro médico que pueda pagar por estas pruebas de detección.
- ScreenWise tiene normas sobre quién puede inscribirse en el programa. Toda la información que he proporcionado a la clínica es verdadera, a mi leal saber y entender. Si proporciono a la clínica información falsa, es posible que no obtenga estas pruebas y deba pagar cualquier prueba que ya haya sido realizada.
- 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 asesoramiento de salud, programas de estilo de vida basados en la evidencia y con la línea telefónica para dejar de fumar de Oregon (Oregon Tobacco Quit Line).
- Mi información no se compartirá con nadie, a excepción de los proveedores contratados por ScreenWise y sus entidades financiadoras. No se incluirá mi nombre en ningún informe que se publique.
- Comprendo que tengo el derecho de retirarme del programa ScreenWise mediante un comunicado por escrito a mi proveedor de atención médica. Comprendo que ScreenWise conservará toda la información que haya compartido antes de que me retire del programa.
- Comprendo que puedo recibir cartas por correo postal, por parte de mi médico para recordarme cuándo es el momento de regresar a la clínica para que se me realicen pruebas de detección o de otro tipo.
- Este formulario de inscripción vence a un año de la fecha en que lo firmo, lo que significa que deberé volver a inscribirme al cabo de 12 meses para poder seguir recibiendo los servicios.

Firma del cliente:

Fecha:

Nombre del cliente (*letra de molde*):

Firma del intérprete (*de utilizarse*):

Fecha: