

Programa Estatal de Papanicolaou Plus



301 Centennial Mall South - P.O. Box 94817
Lincoln, NE 68509-4817 Fax: 402-471-0913
1-800-532-2227 - www.dhhs.ne.gov/womenshealth

****SOLO PARA RESIDENTES DE NEBRASKA****

- **Para personas mayores de 18 años:** Estudios de Enfermedades de Transmisión Sexual Solamente - La consulta cubre solamente Mujeres y Hombres
- **Para personas de 21-29 años:** Estudios de Citología de Cáncer Cervical cada 3 años de acuerdo a los lineamientos de USPSTF
- **Para personas de 30-34 años:** Estudios de Citología de Cáncer Cervical cada 3 años o co-estudios (citología/prueba del Virus de Papiloma Humano-HPV por sus siglas en ingles) cada 5 años de acuerdo a los lineamientos del USPSTF

INSTRUCCIONES: Por favor responda cada pregunta y escriba de manera CLARA

INFORMACION DEMOGRAFICA	Primer Nombre:		Inicial:		Apellido:	
	Nombre de soltera:		Estado Civil: <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Viudo(a)			
	Fecha de nacimiento: ____/____/____		Genero: <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Transgénero		¿Cómo te identifica?: <input type="radio"/> Heterosexual <input type="radio"/> Lesbiana <input type="radio"/> Bisexual <input type="radio"/> Homosexual	
	# de Seguro Social: _____ - _____ - _____				Lugar de nacimiento:	
	Dirección:					Número de Apartamento:
	Ciudad:		Condado:		Estado:	
					Código Postal:	
	¿Forma preferida de contacto?		<input type="radio"/> Casa (____) _____ <input type="radio"/> Trabajo (____) _____ <input type="radio"/> Celular (____) _____		¿El mejor tiempo para encontrarle? <input type="radio"/> AM <input type="radio"/> PM <input type="radio"/> Sí, está bien enviar un mensaje de texto a mi teléfono celular	
	<input type="radio"/> Sí, quisiera recibir información del programa por correo electrónico. Correo:					
	En caso de no poderlo(a) contactar directamente a usted:					
Persona de contacto:		Teléfono: (____) _____ <input type="radio"/> Casa <input type="radio"/> Trabajo <input type="radio"/> Celular		Relación al contacto: <input type="radio"/> Pareja <input type="radio"/> Familiar/Amigo <input type="radio"/> Otro _____		
¿Es usted de origen Latino/Hispano ?				<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé		
Cuál es el idioma principal que se habla en casa ?				<input type="radio"/> Inglés <input type="radio"/> Español <input type="radio"/> Vietnamita <input type="radio"/> Otro _____		
¿A que raza o etnia pertenece? <i>(Marque todas las casillas que se aplican)</i>		<input type="radio"/> Indio Americano/Nativo de Alaska Tribu _____ <input type="radio"/> Negro/Afro-Americano <input type="radio"/> México-Americano <input type="radio"/> Blanco <input type="radio"/> Asiático <input type="radio"/> Isleño del Pacífico/Hawaiano Nativo <input type="radio"/> Otro _____ <input type="radio"/> No sé				
¿Es usted Refugiado ? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé		En caso de serlo, de donde es usted:				
Grado de educación completado:		<input type="radio"/> <9no grado <input type="radio"/> Algo de escuela secundaria <input type="radio"/> Se graduó de escuela secundaria o equivalente <input type="radio"/> Algo de universidad o un nivel más alto <input type="radio"/> No sé				
Cómo escucho acerca del programa:		<input type="radio"/> Doctor/Clinica <input type="radio"/> Familiar/Amigo(a) <input type="radio"/> Agencia <input type="radio"/> Periódico/Radio/TV <input type="radio"/> Soy paciente actual/Fui paciente anterior <input type="radio"/> Trabajador de Salud <input type="radio"/> Las Redes Sociales (Facebook/Instagram, etc.) <input type="radio"/> Otro _____				

INGRESO Y SEGURO MEDICO	Es posible que sea requerido mostrar una prueba de que mis ingresos están dentro de las pautas de ingresos del programa, cuando el personal del programa se comuniquen conmigo. Si se determina que mis ingresos están por encima de los lineamientos, seré responsable de las facturas por los servicios recibidos.		
	¿Cuál es su ingreso familiar , antes de impuestos?		<input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Anual
	Ingreso: \$ _____		Se le devolverá este formulario si deja el espacio para el ingreso en blanco.
	por favor note que: - Aquellas personas con su propio negocio necesitan indicar su ingreso neto, después de impuestos. - Si no tiene ingreso escriba \$0 en el espacio en blanco.		
¿Cuántas personas viven de este ingreso?		<input type="radio"/> 01 <input type="radio"/> 02 <input type="radio"/> 03 <input type="radio"/> 04 <input type="radio"/> 05 <input type="radio"/> 06 <input type="radio"/> 07 <input type="radio"/> 08 <input type="radio"/> 09 <input type="radio"/> 10 <input type="radio"/> 11 <input type="radio"/> 12	
¿Tiene seguro de gastos médicos?		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No/No cubre esto	
En caso de Si:		<input type="radio"/> Medicare (personas de 65 o mayores) <input type="radio"/> Parte A y B <input type="radio"/> Solo parte A <input type="radio"/> Medicaid (cobertura individual total) <input type="radio"/> Solo seguro catastrófico <input type="radio"/> Seguro Privado con o sin Suplemento de Medicaid _____	

Autorización para el Acceso y Divulgación de Información Médica

■ Usted debe de leer y firmar la página 2

- Quiero formar parte del Programa Estatal de Salud del Papanicolaou para Mujeres y Hombres. Estoy al tanto de que:
 - El Programa Estatal de Papanicolaou Plus cubre el costo de una consulta en la que se realizan estudios de Enfermedades de Transmisión Sexual (STD por sus siglas en inglés). No cubre el costo de cualquier estudio o tratamiento de seguimiento.
 - Mis ingresos no pueden rebasar los estándares de ingreso establecidos por el programa
 - Si tengo seguro médico, EWM (Every Woman Matters) sólo pagará una vez que mi compañía de seguro haya pagado
 - Notificaré al Programa Estatal de Papanicolaou Plus si ya no deseo formar parte del programa
- He hablado con la clínica acerca de cómo voy a pagar cualquier estudio o servicio que no sea cubierto por el programa.
- He hablado con mi proveedor de salud acerca de los estudios, y entiendo que puede haber posibles efectos secundarios o malestares.
- De acuerdo a mi historial médico y personal, es posible que reciba estudios o materiales educativos relacionados con mi salud. Sé que si me mudo sin notificar mi nueva dirección al programa, puede que ya no reciba los recordatorios de mis estudios o material educativo. Acepto toda responsabilidad de darle seguimiento a cualquier consejo provisto por mi proveedor de salud.
- Entiendo que si los resultados de mis estudios de cáncer de seno o cervical son anormales, automáticamente me inscribirán en el Programa de Diagnóstico de Cada Mujer Importa, con el fin de recibir asistencia en el pago de los procedimientos de diagnóstico permitidos en EWM.
- Entiendo que los servicios provistos se adhieren a los lineamientos nacionales y a las recomendaciones de evaluaciones de cáncer cervical. Si tengo cualquier pregunta acerca de qué servicios están permitidos, hablaré con mi proveedor de salud o llamaré al programa al 1-800-532-2227.
- Mi proveedor de salud, laboratorio, clínica, unidad radiológica, y/u hospital pueden proporcionar los resultados de mis exámenes de cáncer de seno y cervical, exámenes de seguimiento, y/o tratamientos a EWM.
- Para poder ayudarme a tomar las mejores decisiones relacionadas con mi salud, el Programa Estatal de Papanicolaou Plus, puede compartir información clínica u otro tipo de información relacionada con mi salud, incluyendo resultados de laboratorio y mi expediente médico, a mi proveedor de salud.
- Mi nombre, dirección, correo electrónico, número de seguro social y/u otra información personal, será utilizada solamente por EWM. Puede ser utilizada para hacerme saber si necesito evaluaciones de seguimiento. Esta información puede ser compartida con otras organizaciones si es necesario recibir algún tratamiento.
- Otros datos podrían ser utilizados para exámenes aprobados por EWM y/o por los Centros de Prevención y Control de Enfermedades (CDC por sus siglas en Inglés), para ser utilizados por investigadores externos para aprender más acerca de la salud de los hombres y las mujeres. Estos exámenes no utilizarán mi nombre ni otros datos personales.

Para poder ser elegible para EWM, usted debe ser un ciudadano de Los Estados Unidos o un extranjero calificado bajo la Ley Federal de Inmigración y Naturalización. **Por favor señale la opción que le corresponda.**

Con el propósito de cumplir con lo establecido por el Neb. Rev. Stat. 4-111(1)(b), declaro lo siguiente:

- Soy ciudadano de los Estados Unidos
- Soy un extranjero calificado bajo el Acta de Inmigración y Nacionalidad Federal, 8 U.S.C. 1101 et seq., como tal acta existió el 1 de enero de 2009, y está legalmente presente en los Estados Unidos. Adjunto una copia de enfrente y atrás de mi documentación de USCIS. **(Por ejemplo, Tarjeta de residente permanente o Número A/Número de registro extranjero)**

Por medio de la presente, declaro que mi respuesta y la información suministrada en este formulario y toda solicitud relacionada para obtener beneficios públicos son ciertas, completas, y exactas; y entiendo que esta información puede ser usada para verificar mi permanencia legal en los Estados Unidos.

Por favor escriba su nombre (*Nombre, Segundo Nombre, Apellido*)

Firma

el mes / el día / el año

el mes / el día / el año

Fecha en la que firmó

Su fecha de nacimiento

2 Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Información del Cliente & Cuestionario de Estilo de Vida Saludable

INSTRUCCIONES: Por favor responda cada pregunta y escriba de manera CLARA

Version: Enero 2024

****SOLO las mujeres necesitan responder las preguntas de esta sección**

CANCER DE MAMA Y CERVICAL	1. ¿Alguna vez le han realizado alguno de los siguientes exámenes médicos?:		
	Papanicolaou	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé	Fecha anterior o previa de la prueba de Papanicolaou ___/___/___
	Prueba de VPH	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé	Fecha anterior o previa de la prueba del VPH ___/___/___
	Mamografía <small>(breast x-ray)</small>	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé	Fecha anterior o previa de la mamografía ___/___/___
	2. ¿Le han realizado una Histerectomía ? (extirpación de la matriz)		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé
2a. ¿Se le extirpó la cérvix <small>(cuello uterino)</small> ?		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé	
2b. ¿La Histerectomía se realizó con el fin de tratar cáncer cervico-uterino ?		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé	
3. ¿Su madre, hermana o hija , han padecido de cáncer de mama ?		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé	
4. ¿Alguna vez ha tenido usted cáncer de mama ?		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé	
5. ¿Alguna vez ha tenido usted cáncer cervico-uterino ?		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé	
		Quando: ___/___/___	
		Quando: ___/___/___	

DIETA Y ACTIVIDAD FÍSICA	1. ¿Cuánta fruta come usted en un día regular? <small>(1 taza es igual a 1 plátano grande o 1 manzana mediana)</small>	___ Tazas <input type="radio"/> No sé
	2. ¿Cuántos vegetales come usted en un día regular? <small>(1 taza es igual a 12 zanahorias pequeñas tipo bebé o 1 mazorca de maíz)</small>	___ Tazas <input type="radio"/> No sé
	3. ¿Comes pescado al menos dos veces a la semana?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé
	4. ¿Cuántas porciones de cereales comes en un día? <small>(una porción equivale a 1 rebanada de pan integral, 1/2 taza arroz/pasta, 3 tazas de palomitas de maíz reventadas, 3/4 taza avena)</small>	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6+ <input type="radio"/> No sé
	4a. De estas porciones, ¿cuántos son todo grano ?	<input type="radio"/> Menos de la mita <input type="radio"/> Como una mita <input type="radio"/> Más de la mita <input type="radio"/> No sé
	5. ¿Bebe menos de 36 onzas de bebidas azucaradas a la semana? <small>(3 latas (de 12 onzas) de soda regular, jugo, alcohol, bebidas especializadas)</small>	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé
	6. ¿Está vigilando o reduciendo actualmente su consumo de sodio o sal ?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé
7. ¿Cuántos minutos de actividad física obtienes en una SEMANA ? <small>(caminar/correr, danza aeróbica, aeróbicos acuáticos, jardinería general, ciclismo)</small>	___ Minutos <input type="radio"/> No sé	

	HIPERTENSIÓN	NIVEL ALTO DE COLESTEROL	DIABETES
1. ¿ ALGUNA VEZ su doctor, enfermero u otro profesional de la salud le ha dicho que tiene:	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé
2. ¿Toma usted ACTUALMENTE alguna medicina que le haya recetado su doctor para reducir su:	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé
3. En los últimos 7 días , ¿cuántos días (incluyendo hoy) tomó sus medicamentos tal como se los recetaron?	___ Días <input type="radio"/> No sé	___ Días <input type="radio"/> No sé	___ Días <input type="radio"/> No sé
4. ¿En los días que no se tomó la medicina, por que no se la tomo?	<input type="radio"/> Costo <input type="radio"/> Olvidó tomarlos <input type="radio"/> Efectos secundarios <input type="radio"/> Necesita resurtido <input type="radio"/> No desea tomar medicamentos <input type="radio"/> Otro _____	<input type="radio"/> Costo <input type="radio"/> Olvidó tomarlos <input type="radio"/> Efectos secundarios <input type="radio"/> Necesita resurtido <input type="radio"/> No desea tomar medicamentos <input type="radio"/> Otro _____	<input type="radio"/> Costo <input type="radio"/> Olvidó tomarlos <input type="radio"/> Efectos secundarios <input type="radio"/> Necesita resurtido <input type="radio"/> No desea tomar medicamentos <input type="radio"/> Otro _____
5. ¿Usted se mide la PRESIÓN ARTERIAL cuando no está en la oficina del doctor <small>(en la casa, en la farmacia o en una tienda, etc.)?</small>	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé		
5a. Si no, indique la razón:	<input type="radio"/> No, nunca le dije que revisen <input type="radio"/> No, no sé cómo comprobar <input type="radio"/> No, no tengo equipo		
5b. ¿Con qué frecuencia se mide la PRESIÓN ARTERIAL ?	<input type="radio"/> Varias veces al día <input type="radio"/> A diari <input type="radio"/> Cada semana <input type="radio"/> Unas cuantas veces por semana <input type="radio"/> Una vez al mes <input type="radio"/> No sé		
5c. ¿Usted comparte con su doctor los números de su PRESIÓN ARTERIAL cuando se la mide en su hogar, la farmacia o una tienda?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé		

3 Muy bien! ya casi termina →

Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___

Información del Cliente & Cuestionario de Estilo de Vida Saludable

Version: Enero 2024

INSTRUCCIONES: Por favor responda cada pregunta y escriba de manera CLARA

CORAZON	1. Ha sido diagnosticado por un proveedor de salud con alguna de las siguientes condiciones? (marcar todos los que se aplican)	Enfermedad coronaria del corazón/dolores en el pecho: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé Defectos congénitos del corazón: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé Insuficiencia cardiaca: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé Derrame cerebral/ataque isquémico transitorio: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé Enfermedad vascular: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé Infarto/ataque cardiaco: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé
	2. ¿Está usted tomando aspirina diariamente para ayudar a prevenir un ataque al corazón o derrame cerebral?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé

CIGARRO	1. ¿Usted fuma? (incluyendo cigarros, pipas o puros-cualquier tipo de tabaco fumado)	<input type="radio"/> Soy fumador <input type="radio"/> Dejé el tabaco (hace 1-12 meses) <input type="radio"/> Dejé el tabaco (hace +12 meses) <input type="radio"/> Nunca he fumado
----------------	---	---

VIDA DIARIA	1. Al pensar en su salud física , incluyendo enfermedades y lesiones, ¿cuántos días de los últimos 30 días , su salud física no se encontraba bien?	____ Días <input type="radio"/> No sé
	2. Al pensar en su salud mental , incluyendo estrés, depresión y problemas emocionales, ¿cuántos días de los últimos 30 días , su salud mental no se encontraba bien?	____ Días <input type="radio"/> No sé
	3. En los últimos 30 días , ¿durante cuantos días una mala salud física o mental, le impidió hacer sus actividades usuales , como cuidado propio, trabajo o actividades recreativas?	____ Días <input type="radio"/> No sé
	4. ¿ Está limitado en alguna actividad debido a problemas físicos, mentales o emocionales?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé
	5. ¿Tiene algún problema de salud que requiera el uso de equipo especial , como basón, silla de ruedas, una cama especial o un teléfono especial?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé
	5a. Si su respuesta es Sí , ¿qué tipo de discapacidad tiene?	<input type="radio"/> Emocional <input type="radio"/> Intelectual <input type="radio"/> Física <input type="radio"/> Sensorial
	6. En las últimas 2 semanas, con qué frecuencia te han molestado algunos de los siguientes problemas: 6a. Poco interés o placer en hacer las cosas:	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Algunos días <input type="radio"/> Más de la mita <input type="radio"/> Casi todos los días
6b. Sentirse sin ánimo, deprimido o desesperanzado:	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Algunos días <input type="radio"/> Más de la mita <input type="radio"/> Casi todos los días	

SEGURIDAD Y BIENESTAR	1. ¿Cuántos días en la última semana ha tenido una bebida que contenga alcohol?	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> No sé _____ Días
	1a. ¿En los días que tuviste una bebida que contenga alcohol, cuántas bebidas tuviste? (Una bebida contiene 14 gramos de alcohol puro, que se encuentra en: 12 onzas de cerveza regular, 5 onzas de vino o 1.5 onzas de licores destilados)	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> No sé _____ Bebidas
	2. Si es Ud. mujer , ¿cuántos días en el último año, ha consumido 4 o más bebidas alcohólicas en un día?	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> N/A* <input type="radio"/> _____ Días <input type="radio"/> No sé
	3. Si es Ud. hombre , ¿cuántos días en el último año, ha consumido 5 o más bebidas alcohólicas en un día?	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> N/A* <input type="radio"/> _____ Días <input type="radio"/> No sé
	4. En los últimos 12 meses, le han vacunado en contra de la influenza (inyección o spray)?	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No sé
	4a. Si su respuesta es No , por favor indique por qué?	
	5. ¿Le han suministrado la vacuna de la neumonía?	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No sé
6. ¿Cuándo fue la última vez que fue al dentista o clínica dental por cualquier motivo?	<input type="radio"/> 1 vez en el último año <input type="radio"/> 1 vez en los últimos 2 años <input type="radio"/> Hace más de 2 años <input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> No sé	

4 Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

State Pap Plus Program Services

<p style="text-align: center;">STD Test(s)</p> <p>Client is 18+</p> <p><i>*Office visit ONLY covered when an STD test is performed for men and women 18+</i></p> <p>Test(s):</p> <p><input type="checkbox"/> Chlamydia</p> <p><input type="checkbox"/> Gonorrhea</p> <p><input type="checkbox"/> Syphilis</p> <p>Is this a Pelvic Inflammatory Disease (PID)?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>	<p style="text-align: center;">Screening Pap</p> <p>Client is 21-34 years of age:</p> <p><input type="checkbox"/> Screening Pap test performed every 3 years</p> <p>Client is 30-34 years of age:</p> <p><input type="checkbox"/> Screening Pap and HPV co-testing every 5 years</p>
	<p style="text-align: center;">Pelvic Exam</p> <p>Mark finding:</p> <p><input type="checkbox"/> Negative/Benign</p> <p><input type="checkbox"/> Visible Suspicious CERVICAL lesion</p> <p><input type="checkbox"/> Not Performed</p>
	<p style="text-align: center;">Surveillance/Follow-Up Pap</p> <p><input type="checkbox"/> Follow-Up Pap per current ASCCP guidelines</p>

- US Preventive Services Task Force (USPSTF) Current Guidelines:**
- It is now recommended that cervical cancer screening begin at 21 years of age, regardless of sexual activity or other risk factors.
 - Screening with cytology is recommended every 3 years for women 21-29 years of age.
 - Clients 30-65 years of age only eligible for Pap test every THREE years with cytology or every FIVE years with co-testing (cytology/HPV).

The office visit reimbursement allows for breast screening and general clinical services to be provided at the same time as STD or Pap test, however, a client **cannot** enroll just to receive these services.

HPV Vaccination

How many previous doses of HPV vaccine has the client received? 0 1 2 3

Did the clinician recommend the client receive a dose of HPV vaccine? (if appropriate) Yes No

Did the client receive a dose of HPV vaccine at this visit? Yes No

If not, why? Unneeded Refused Scheduled a separate visit Other _____

Clinician Name _____ Please write full name - do no abbreviate

Clinic Name _____

Date of Service for Office Visit _____

City _____

Quick Claim Section

Quick Claims will be entered for all State Pap Plus Enrollments and processed at the current fiscal year rates for EWM. Enrollments will be returned to the clinic if quick claim information is not filled out. Paper claims will not be accepted for State Pap Plus clients.

Quick Claim

Patient Acct. Number: _____

Check One:

STD Office Visit Only

New Patient Office Visit

Established Patient Office Visit

Clinical Breast Exam

Mark if:

Client reports breast symptoms

Mark finding:

Negative/Benign

Suspicious for **BREAST** Malignancy
Immediate follow up is required beyond diagnostic mammogram

General Clinical Services

Height: (with shoes off) _____/____ ft./in. Refused

Weight: _____ lbs. Refused

Waist Circumference: _____ inches Refused

Note--2 blood pressure readings are required for this visit.

Blood Pressure (1): _____/____ mm Hg Refused

Blood Pressure (2): _____/____ mm Hg Refused

Is client a smoker? Yes No

Client Referred to Statewide Quitline at 1-800-QUIT-NOW

Fax Referral to Statewide Quitline at 1-800-QUIT-NOW

Discussed with Client and Client Refused