

# Formulario de inscripcion para hombres y mujeres de 50+ de edad

- HAY QUE RESPONDER A TODAS LAS PREGUNTAS SOMEBREADAS.**  
Por favor, escriba con letra de molde. Conteste lo más que puede.
- Lea y firme la parte del lado reverso de esta página.
- Regrese esta formulario al Programa de Detección del Cáncer de Colon de Nebraska.



Coal-10-S Versión Octubre 2009

Nombre		Inicial	Apellido		Nombre de soltera
Fecha de Nacimiento mes / día / año		Edad	Género M / F	Número de Seguro Social	
Dirección			Ciudad	Condado	Estado Zip
Número telefónica del hogar/celular ( ) <i>trace un círculo alrededor de uno</i>	Casa Número del Trabajo ( )		¿Cómo escuchó del programa? <input type="checkbox"/> Doctor/Clínica <input type="checkbox"/> Familia/Amigos <input type="checkbox"/> Periódico/Radio/Televisión <input type="checkbox"/> Agencia <input type="checkbox"/> Auto-referida <input type="checkbox"/> Trabajadora social <input type="checkbox"/> Otro _____		
Persona a Contactar: _____ Relación: _____ Teléfono: ( ) _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____			¿Es usted de origen Hispano/Latino? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No País de Origen: _____		
¿De qué raza o etnicidad es usted? <input type="checkbox"/> Indio Americano Tribu _____ <input type="checkbox"/> Negro/Africano Americano <input type="checkbox"/> Mexico Americano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> De las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro _____			¿Cuál es su lenguaje primario ? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro _____		
Grado que completó en la Escuela : <i>circule uno</i> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16+					
<i>Se me requerirá mostrar pruebas de que mi ingreso está dentro de los lineamientos cuando sea contactada por la gente de CMI. Si estoy por encima de los lineamientos, yo seré responsable de mis gastos.</i>					
¿Cuál es tu ingreso antes de impuestos? Ingreso Anual : \$			¿Cuántas gentes viven con éste salario?		
Tienes: <input type="checkbox"/> Medicare Parte A y B <input type="checkbox"/> Medicare Parte A únicamente <input type="checkbox"/> Medicaid (cobertura completa) <input type="checkbox"/> Ninguno/Sin cobertura <input type="checkbox"/> Seguro Privado con o sin Suplemento de Medicaid (porfavor enlista)					
¿Es tu seguro un HMO? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>Un HMO es una organización de la Salud.</i> <i>Si tienes Medicaid o tu seguro es una HMO, no debes de enlistarte en Cada Mujer Importa.</i>					
<b>Historia Familiar:</b> ¿A cuántos parientes de la familia directa, excluyendo usted mismo, ( <b>padres, hermanos, hijas</b> ) se les ha dicho que tienen cáncer de colon o cáncer rectal? <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3+ <input type="checkbox"/> No sé ¿Cuántos de esos miembros de la familia eran menores de 60 años? <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3+ <input type="checkbox"/> No sé			<b>Historia Personal:</b> ¿Alguna vez ha tenido alguna de estas pruebas?: <b>Prueba Fecal de Sangre Oculta (FOBT)</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé Fecha ___/___/___ ¿Qué dijo su doctor acerca de la prueba? _____ ¿Fue su prueba positiva o negativa? <input type="checkbox"/> Positiva <input type="checkbox"/> Negativa		
¿A cuántos parientes de la familia directa, excluyendo usted mismo, ( <b>padres, hermanos, hijas</b> ) se les ha dicho que tienen pólipos en el cólon? <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3+ <input type="checkbox"/> No sé ¿Cuántos de esos miembros de la familia eran menores de 50 años? <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3+ <input type="checkbox"/> No sé			<b>Colonoscopia</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé Fecha ___/___/___ ¿Qué dijo su doctor acerca de la prueba? _____ ¿Se sacaron pólipos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé		
¿A cuántos parientes de la familia directa, excluyendo usted mismo, ( <b>padres, hermanos, hijas</b> ) se les ha dicho que tienen otros tipos de cáncer? <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3+ <input type="checkbox"/> No sé ¿Qué tipo de cáncer tienen? _____			<b>Sigmoidoscopia</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé Fecha ___/___/___ ¿Qué dijo su doctor acerca de la prueba? _____ ¿Se sacaron pólipos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé		
			<b>Enema de Bario de Contraste Doble (DCBE)</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé Fecha ___/___/___ ¿Qué dijo su doctor acerca de la prueba? _____		

Dirección Postal: Every Woman Matters-301 Centennial Mall South, P.O. Box 94817-Lincoln, NE 68509-4817

**COMPLETE Y FIRME AL REVERSO**

# Forma de Enlistamiento al Programa de Exploración de Cáncer del Cólon de Nebraska

## Historia Personal: (continuado)

¿Alguna vez le ha dicho un doctor, enfermera o un profesional de la salud que usted tiene:

Enfermedad de Crohns  Si  No  No sé

Adenomatous Polyposis Familiar (FAP)  Si  No  No sé

Cáncer Colorectal Hereditario Sin Poliposis (HNPCC)  Si  No  No sé

Enfermedad Inflammatoria del Intestino (IBD)  Si  No  No sé

Colitis Ulcerativa  Si  No  No sé

¿Está usted bajo tratamiento por alguna de las condiciones anteriores?  Si  No  No sé

¿Dentro de los últimos **30 días**, ¿ha sangrado usted del recto?  Si  No  No sé

¿Qué dijo su doctor acerca de la hemorragia rectal? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez le han dicho que tiene pólipos en el cólon?  Si  No  No sé

¿Qué tipo de pólipos eran? \_\_\_\_\_

¿Cuántos pólipos eran? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez le han dicho que tiene cáncer rectal o del cólon?  Si  No  No sé

Si la respuesta es sí, dónde fue diagnosticado? \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Haga favor de dicernos quien es su proveedor del cuidado de salud principal (*nombre del medico*): \_\_\_\_\_

Nombre de la clínica: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

## Consentimiento Informado y Liberación de Información Médica

• Quiero ser parte del programa de detección de cáncer de cólon de Nebraska (*NCP* por sus siglas en inglés). Entiendo que tengo que tener 50 años de edad o mayor y estar dentro de las pautas de ingresos para ser elegible para la inscripción. También entiendo que necesito llenar un formulario de inscripción para participar en el *NCP*.

• Si tengo menos de 50 años de edad, sé que **no puedo** ser parte del *NCP* (**no hay excepciones**).

• Entiendo que el *NCP* evaluará el historial de mi salud y me dirá cuál prueba de detección sea mejor para mí si soy elegible para participar.

• Según el historial de mi salud, puedo recibir información de pruebas de detección y/o educación de la salud. Sé que si me mudo sin dar mi dirección de correo a *NCP*, no recibire notificaciones sobre las pruebas de detección.

• Según el historial de mi salud, y qué tipo de prueba es mejor para mí, sé que el *NCP* puede proporcionarme con una prueba de Sangre Osulta en Haces (FOBT por sus siglas en inglés) y/o ayudarme a programar una colonoscopia. Si me inscribo en el programa y recibo una FOBT del programa y tengo una prueba positiva, después puedo someterme a una colonoscopia.

• Entiendo que mis pagos ayudarán a los demás con los costos de una colonoscopia a través del *NCP*.

• He hablado con mi proveedor del cuidado de salud sobre las pruebas de detección y entiendo los posibles efectos secundarios o molestias.

• He hablado con mi proveedor del cuidado de salud sobre cómo voy a pagar por cualquier prueba o servicio que *NCP* no pague.

• Entiendo que el *NCP* no paga por el tratamiento si se me diagnóstica con el cáncer de cólon. El personal del *NCP* me ayudará a buscar los recursos de tratamiento más adecuados.

• Mi proveedor del cuidado de salud, laboratorio, clínica, oficina de radiología, y/u hospital puede dar a *NCP* los resultados de los exámenes colorrectales, pruebas diagnósticas y/o de tratamiento.

• Para ayudarme a tomar las mejores decisiones sobre el cuidado de salud, *NCP* puede compartir información de la clínica y otra información del cuidado de salud, incluyendo los resultados del laboratorio y el historial de la salud con mis proveedores del cuidado de salud.

• Entiendo que necesito identificar a un proveedor principal del cuidado de salud en mi formulario. El *NCP* puede consultar después con mi proveedor del cuidado de salud principal si se necesita repasar mis historiales médicos anteriores para determinar cuál prueba de detección del cáncer de cólon sea mejor para mí. Acepto la responsabilidad de cumplir con cualquier consejo que mi proveedor del cuidado de salud me pueda dar.

• Se utilizará mi nombre, dirección, y/u otra información personal, solamente por *NCP*. Se la puede utilizar para hacerme saber si necesito exámenes de seguimiento. Se puede compartir esta información con otras organizaciones como se requiere para recibir recursos de tratamiento.

• Se puede utilizar otra información para estudios aprobados por *NCP* y/o centros de prevención y control de enfermedades (CDC por sus siglas en inglés) para que otros investigadores aprendan más sobre la salud del colon. Estos estudios no utilizarán mi nombre u otra información personal.

**El programa Cada mujer importa (*Every Woman Matters*) no puede pagar por sus servicios a menos que una de las siguientes 2 cajas sea marcada. UNA de las casillas a continuación DEBE ser marcada:**

❖ Para el propósito de cumplir con los estatutos revisados de Nebraska §§ 4-108 hasta 4-114, doy fe de lo siguiente:

Soy ciudadana de los Estados Unidos.

Soy extranjera elegible y califico bajo la Ley federal de inmigración y nacionalidad, mi estatus migratorio y número registrado para extranjeros son los siguientes: \_\_\_\_\_, y acepto proveer una copia de mi documentación del Servicio de ciudadanía e inmigración de los EE.UU. (USCIS por sus siglas en inglés).

Por el presente testamento, doy fe que mi respuesta y la información que he proveído en este formulario y cualquier solicitud relacionada para recibir beneficios es fiel, completa, y exacta y entiendo que esta información se puede usar para verificar mi presencia legal en los Estados Unidos.

Firma

Fecha de la firma

10 Escriba su nombre

Fecha de Nacimiento

Versión Octubre 2009