

FIT #: \_\_\_\_\_



1. **TODAS LAS PREGUNTAS DEBEN SER RESPONDIDAS. Por favor, imprima claramente.**
2. Leer y firmar.
3. Entregue el formulario **COMPLETADO** al proveedor del kit y envíe por correo el kit de prueba completo en el sobre de devolución provisto.

Primer Nombre:	Inicial:	Apellido:	Nombre de soltera:	
Fecha de nacimiento: / /	Dirección:		El mejor número de teléfono para comunicarse con usted: ( )	
Ciudad:	County:	Estado:	Código Postal:	
Genero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Mujer a hombre <input type="checkbox"/> Hombre a mujer		¿Es usted de origen Latino/Hispano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé Cuál es el idioma principal que se habla en casa? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro _____		
¿A que raza o etnia pertenece? (Marque todas las casillas que se aplican)				
<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska Tribu _____ <input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano <input type="checkbox"/> México-Americano <input type="checkbox"/> Blanco		<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño del Pacifico/Hawaiano Nativo <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> No sé		
¿Tiene seguro de gastos médicos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Nota: A su plan de salud no se le facturará por esta prueba, ni se le notificarán los resultados de su prueba individual.)		¿Alguna vez te han hecho pruebas de detección de cáncer colorrectal? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, en el último año <input type="checkbox"/> Sí, hace más de un año <input type="checkbox"/> No sé		
¿Quién es su médico de cabecera? Nombre del médico: _____ Nombre de la clínica: _____ Ciudad: _____				

**Declaración de divulgación:** Esta prueba se usa solo para detectar sangre oculta en las heces, que puede ser un signo de varias afecciones, como hemorroides, pólipos en el colon, cáncer, diverticulitis y úlceras. Un resultado positivo de la prueba significa que debe comunicarse con su médico de familia para un examen de seguimiento. Un resultado negativo de la prueba no significa que usted no tenga cáncer. Un resultado negativo significa que usted debe ser examinado anualmente. Usted debe discutir las recomendaciones de la Sociedad Americana Contra El Cáncer para exámenes colorrectales con su médico para determinar mejor con qué frecuencia debe ser examinado.

**Autorización para divulgar información:** Por la presente autorizo la divulgación de los resultados de mis pruebas de heces; la información contenida en mi formulario de registro y las pruebas relacionadas recomendadas a la instalación de pruebas y a mi médico. Esta información, así como la identidad del paciente y del médico, se mantendrá estrictamente confidencial y se utilizará solo con fines estadísticos por el Programa de detección de cáncer de colon de Nebraska. El destinatario de esta información del paciente tiene prohibido revelar la información a cualquier otra parte y está obligado a destruir la información después de que se haya satisfecho la necesidad.

Nombre en letra imprenta (primero, segundo, apellido) \_\_\_\_\_

Su firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Si tiene preguntas, comuníquese con los Programas de Salud para Mujeres y Hombres de Nebraska:

Nebraska Women's and Men's Health Programs || 301 Centennial Mall South || P.O. Box 94817 || Lincoln, NE 68509-4817