



INSCRIPCIÓN PRUNTIVA

Cuestionario de Estilo de Vida Saludable

What is PRESUMPTIVE ENROLLMENT?:

- Patient is in your office for services and patient is eligible for Every Woman Matters (EWM).
- Clinic presumes that client is eligible based upon eligibility criteria.
- Clinic will provide services same day of enrollment.
- If client has Permanent Resident Card/Green Card, call EWM to check the SAVE program for eligibility.

Eligibility criteria for enrollment into EWM and/or the Nebraska Colon Cancer Screening Program (NCP):

- Must meet age guidelines (21-74)
- Must not have health coverage that would pay for preventive screening services
- For NCP, client must be a Nebraska resident
- Must be a U.S. Citizen or qualified alien under the federal Immigration and Nationality Act, 8 U.S.C. 1101 et seq., as such act existed on January 1, 2009, and be lawfully present in the United States. (i.e. Permanent Resident Card/Green Card)
- Must meet income guidelines that fall at or below 250% of the Federal Poverty Guidelines

If client is eligible for EWM and/or NCP, please fill out this form.

Yearly Income

# of People in Household	FREE	\$5.00 Donation
1	0-\$15,060	\$15,061-37,650
2	0-\$20,440	\$20,441-51,100
3	0-\$25,820	\$25,821-64,550
4	0-\$31,200	\$31,201-78,000
5	0-\$36,580	\$36,581-91,450
6	0-\$41,960	\$41,961-104,900
7	Call 1-800-532-2227	

WHAT YOU NEED TO KNOW:

- Usted NO debe tener un seguro de salud que pague por los servicios preventivos.
- **Por favor, responda TODAS las preguntas.**
- Por favor, imprima claramente. Usa un bolígrafo de tinta negra o azul. No use lápiz.
- La tarjeta de detección se encuentra en la página 9.

WHAT PROVIDER NEEDS TO KNOW:

- Screenings are determined by the provider and based upon how client answers questions on pages 5-8.
- Discuss with the client benefits of healthy lifestyle behaviors.
- Clinics must submit the PRESUMPTIVE ENROLLMENT FORM to the program, but clinics may make a copy of the HLQ as a part of the client chart, if so desired.
- Clinics MUST include the results of the services performed.

¡Gracias por dedicar tiempo a su salud!

Autorización para el Acceso y Divulgación de Información Médica

- Deberá leer las **páginas 2 y 3** para poder formar parte del programa Every Woman Matters y/o del Programa de Detección de Cáncer de Colon de Nebraska.
- **NO podrá inscribirse hasta que todas las páginas hayan sido completadas.**

PROGRAMA DE EVERY WOMAN MATTERS (PARA MUJERES)

Quiero formar parte del programa Every Woman Matters (EWM). Sé que:

- Debo tener entre 21-74 años de edad para poder recibir los servicios.
- No puedo superar las pautas de ingreso.
- Si cuento con seguro médico, EWM sólo pagará una vez que la compañía de seguro médico haya pagado.
- Debo de inscribirme en EWM cada año.
- Debo pertenecer al género femenino (según lo establecido por la ley Federal)
- Debo de notificar a EWM si ya no deseo formar parte del programa.
- Sé que si tengo entre 21 y 34 años de edad, puedo ser elegible para las pruebas de detección de cáncer de cuello uterino según el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de EE. UU. y las pautas del programa.
- Sé que si tengo entre 35-74 años de edad, podría calificar para todos los servicios de evaluación médica que podría incluir: exámenes médicos para la detección de cáncer cervical y de mama, evaluación de presión sanguínea, colesterol, diabetes y obesidad, de acuerdo a las pautas establecidas por el "US Preventive Services Task Force" y a las del Programa EWM.
- He hablado con mi proveedor de atención médica sobre la(s) prueba(s) de detección y entiendo los posibles efectos secundarios o molestias.
- Entiendo que podría tener que incrementar mi nivel de actividad física y realizar cambios a mi dieta como parte de la educación que el programa me ofrece. Entiendo que antes de que realice estas actividades y/o cambios a mi dieta, es recomendable hablar primero con mi proveedor de servicios de salud para aclarar cualquier duda o pregunta que tenga.
- Hablaré con mi proveedor de atención médica sobre cómo voy a pagar por las pruebas o los servicios que no sean pagados por EWM.
- Cuando reciba mi tarjeta de proyección, se me dará la oportunidad de hacer una donación de \$5 al programa para ayudar a otras mujeres a recibir servicios de cribado.

PROGRAMA DE DETECCION DE CANCER DE COLON DE NEBRASKA (PARA MUJERES Y HOMBRES)

Quiero formar parte del Programa de Detección de Cáncer de Colon de Nebraska (NCP por sus siglas en Inglés). Sé que:

- Debo tener entre 45-74 años de edad para poder recibir los servicios (sin excepción alguna).
- No puedo superar las pautas de ingreso.
- Si cuento con seguro médico, NCP solo pagará una vez que la compañía de seguro médico haya pagado.
- Debo de inscribirme en NCP cada año.
- Debo de tener un médico de cabecera.
- Debo de notificar a NCP si ya no deseo formar parte del programa.
- Debo ser residente de Nebraska.
- Si soy elegible para participar, entiendo que NCP revisara mi historial médico y me dirá para cuales exámenes califico.
- En base a mi historial médico y a qué tipo de prueba soy elegible, sé que NCP puede proporcionarme un kit e instrucciones para la prueba de las heces basado en el hogar y/o ayudarme a programar una colonoscopia. Si estoy inscrito en el programa y recibo un kit e instrucciones para la prueba de las heces basado en el hogar del programa y tengo una prueba positiva, se hará un seguimiento con una colonoscopia.
 - Si recibo una colonoscopia a través de NCP, entiendo que tal vez tenga que pagar el 10% del costo de dicho examen.
 - Entiendo que mis pagos ayudarán a otros que necesiten colonoscopias a través de NCP.
- Hablaré con mi proveedor de salud acerca de las evaluaciones de cáncer de colon para informarme sobre los posibles efectos secundarios o molestias que se puedan presentar.
- Hablaré con mi proveedor de salud sobre la forma de pago de los exámenes que no sean cubiertos por NCP.
- Entiendo que NCP no pagará el tratamiento si soy diagnosticado con cáncer de colon. El personal de NCP me ayudará a buscar recursos para el tratamiento.

Autorización para el Acceso y Divulgación de Información Médica

Sé que:

- ◆ Tal vez me proporcionen información para aprender a como cambiar mi dieta, incrementar actividad física, y/o dejar de fumar. EWM/NCP podría recordarme cuando es tiempo de programar mis exámenes médicos y enviarme información en el correo para ayudarme a aprender más sobre mi salud.
- ◆ De acuerdo a mi historial personal y médico, puede que reciba exámenes y/o materiales de educación en materia de salud. Sé que si me cambio de casa sin hacérselo saber a EWM/NCP, puede que no reciba los recordatorios de las evaluaciones médicas y materiales de educación. Asumo toda la responsabilidad de darle seguimiento a cualquier consejo que mi proveedor de servicios médico me ofrezca.
- ◆ Mi proveedor de servicios médicos, laboratorio, clínica, unidad de radiología, y/u hospital, puede proporcionar los resultados de mis evaluaciones de cáncer de mama y/o colon, enfermedades del corazón, colesterol, de seguimiento, colorrectal, exámenes de diagnóstico y/o tratamientos, a EWM/NCP.
- ◆ Para ayudarme a una mejor toma de decisiones relacionada con mi salud, EWM/NCP podría compartir información clínica o de salud, incluyendo resultados de laboratorio e historial médico, con mi proveedor de servicios de salud.
- ◆ Mi nombre, dirección, correo electrónico, número de teléfono (para llamar o enviar mensajes de texto), número de seguro social y / u otra información personal serán utilizados solo por EWM. Se puede usar para hacerme saber si necesito exámenes de seguimiento o para recordarme cuándo debo someterme a exámenes de detección/revisión/tratamiento. Esta información puede ser compartida con otras organizaciones según sea necesario para recibir recursos de tratamiento.
- ◆ Otros datos podrían ser utilizados para exámenes aprobados por EWM/NCP 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.
- ◆ Si necesito ayuda con alimentos, vivienda segura u otros artículos que me impiden cuidar de mi salud, se me ofrecerá una referencia a una red de atención llamada Unite Us. Unite Us me vinculará con agencias comunitarias cercanas a mí que pueden ayudarme. Para usar esta ayuda, mi dirección de nombre, correo electrónico, teléfono u otra información personal será compartida. Puedo rechazar esta ayuda.

Para poder ser elegible para EWM/NCP, 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:

- MARQUE UNO**
- 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/Tarjeta Verde)**

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.

**FIRME Y PONGA
FECHA**

Nombre en letra imprenta (primero, segundo, apellido)

Su firma

mes / día / año

Fecha

mes / día / año

Su fecha de nacimiento

Información del Cliente & Cuestionario de Estilo de Vida Saludable

INSTRUCCIONES: ¡Por favor responde cada pregunta en LETRA IMPRENTA legible!

Version: 10/2024

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: ____/____/____ <small>Mes Día Año</small>		Género: <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Transgénero <input type="radio"/> Mujer a hombre <input type="radio"/> Hombre a mujer		¿Cómo te identificas?: <input type="radio"/> Heterosexual <input type="radio"/> Lesbiana <input type="radio"/> Bisexual <input type="radio"/> Homosexual
# de Seguro Social: _____ - _____ - _____			Lugar de nacimiento: <small>Ciudad y estado o país de nacimiento</small>	
Dirección:				Número de Apartamento:
Ciudad:		Condado:	Estado:	Código Postal:
¿Forma preferida de contacto?	<input type="radio"/> Teléfono de casa (_____) _____		¿El mejor tiempo para encontrarle? <input type="radio"/> AM <input type="radio"/> PM	
	<input type="radio"/> Trabajo (_____) _____		<input type="radio"/> Sí, está bien enviar un mensaje de texto a mi teléfono celular	
<input type="radio"/> 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 ? <small>(Marque todas las casillas que se aplican)</small>		<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/Clínica <input type="radio"/> Familiar/Amigo <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 Comunitario <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 comunique 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 , <u>antes</u> de impuestos?		<input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Anual	Ingreso: \$ _____
<small>por favor note que:</small> - 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.		Se le devolverá este formulario si deja el espacio para el ingreso 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?		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"/> Mercado de Salud <input type="radio"/> Seguro Privado con o sin Suplemento de Medicaid _____

Información del Cliente & Cuestionario de Estilo de Vida Saludable

INSTRUCCIONES: ¡Por favor responda cada pregunta en LETRA IMPRENTA legible!

Version: 10/2024

**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	Quando: ___/___/___
	5. ¿Alguna vez ha tenido usted cáncer cervico-uterino ?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé	Quando: ___/___/___

**SOLO los participantes de 45 a 74 años deben responder las preguntas de este cuadro

CANCER DE COLON	1. ¿Cuántos familiares de 1er grado , sin contarse a usted (padres, hermanos, hijos) han sido diagnosticados con cáncer de colon o cáncer rectal ?		<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3+ <input type="radio"/> No sé
	2. ¿Cuántos de esos familiares con cáncer de colon tenían menos de 60 años ?		<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3+ <input type="radio"/> No sé
	3. ¿Cuántos familiares de 1er grado , sin contarse a usted (padres, hermanos, hijos) han sido diagnosticados con pólipos en el colon ?		<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3+ <input type="radio"/> No sé
	4. ¿Cuántos de esos familiares con pólipos tenían menos de 50 años ?		<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3+ <input type="radio"/> No sé
	5. ¿Cuántos familiares de 1er grado , sin contarse a usted (padres, hermanos, hijos) han sido diagnosticados con otros tipos de cáncer ?		<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3+ <input type="radio"/> No sé
	5a. ¿Qué tipo de cáncer tenían?		
	6. ¿Alguna vez lo(a) han dicho que tiene pólipos en el colon?		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé
	6a. ¿Qué tipo de pólipos tenía? _____ ¿Cuántos pólipos tenía? _____		
	7. ¿Alguna vez le han realizado alguna de estas evaluaciones/exámenes?: <i>(Fechas y resultados necesitan dedo marcado)</i>		
	Kit de taburetes basado en el hogar <small>(prueba de las heces)</small>	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé	Fecha más reciente ___/___/___
	Sigmoidoscopia	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé	Fecha más reciente ___/___/___
	¿Le removieron los pólipos?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé	
	Colonoscopia	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé	Fecha más reciente ___/___/___
	¿Le eliminaron los pólipos?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé	
	Enema de Bario de Doble Contraste	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé	Fecha más reciente ___/___/___
	8. ¿Alguna vez le ha diagnosticado un doctor, enfermera o profesional de la salud con:		
	Enfermedad de Crohns	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé	
	Poliposis Adenomatosa Familiar (FAP por sus siglas en inglés)	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé	
	Cáncer Colorrectal Hereditario sin Poliposis (HNPCC por sus siglas en inglés)	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé	
	Enfermedad Inflamatoria del Intestino (IBD por sus siglas en inglés)	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé	
Colitis Ulcerosa	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé		
9. ¿Se encuentra usted actualmente bajo cuidado médico debido a alguna de las condiciones mencionadas?		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé	
10. ¿En los últimos 30 días ha tenido sangrado rectal ?		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé	
10a. ¿Qué le dijo su doctor acerca del sangrado rectal ?			
11. ¿Alguna vez lo han diagnosticado con cáncer de colon o cáncer rectal ?		<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé	
11a. En caso afirmativo, ¿Cuándo le diagnosticaron?		___/___/___	
12. Mi médico principal es:			
Nombre de la clínica:	Ciudad:	Teléfono:	

Información del Cliente & Cuestionario de Estilo de Vida Saludable

INSTRUCCIONES: ¡Por favor responda cada pregunta en LETRA IMPRENTA legible!

Version: 10/2024

****SOLO las mujeres de 35 años deben responder las preguntas de este cuadro**

DIETA Y ACTIVIDAD FÍSICA

1. ¿Cuántas tazas de fruta comes en un día normal? (1 taza es igual a 1 plátano grande o 1 manzana mediana)	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 6+	<input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> No sé
2. ¿Cuántas tazas de vegetales comes en un día normal? (1 taza es igual a 12 zanahorias pequeñas tipo bebé o 1 mazorca de maíz)	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 6+	<input type="radio"/> 3 <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? (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)	<input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 6+	<input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> No sé
4a. De estas porciones, ¿cuántos son todo grano ?	<input type="radio"/> Menos de la mita <input type="radio"/> Más de la mita		<input type="radio"/> Como una mita <input type="radio"/> No sé	
5. ¿Bebe menos de 36 onzas de bebidas azucaradas a la semana? (3 latas (de 12 onzas) de soda regular, jugo, alcohol, bebidas especializadas)	<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 ? (caminar/correr, danza aeróbica, aeróbicos acuáticos, jardinería general, ciclismo)	___ Minutos		<input type="radio"/> No sé	

****SOLO las mujeres de 35 años deben responder las preguntas de este cuadro**

	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 corresponde <input type="radio"/> No sé	___Días <input type="radio"/> No corresponde <input type="radio"/> No sé	___Días <input type="radio"/> No corresponde <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 (en la casa, en la farmacia o en una tienda, etc.)?	<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 diario <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		

****SOLO las mujeres de 35 años deben responder las preguntas de este cuadro**

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 cardíaca: <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 cardíaco: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé (solo mujeres) Hipertensión gestacional: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé (solo mujeres) Diabetes Gestacional: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé (solo mujeres) Preeclampsia/Eclampsia: <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

6 ¡Continúe! ¡Ya casi termina! ---->

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

Información del Cliente & Cuestionario de Estilo de Vida Saludable

INSTRUCCIONES: ¡Por favor responda cada pregunta en LETRA IMPRENTA legible!

Version: 10/2024

****SOLO las mujeres de 35 años deben responder las preguntas de este cuadro**

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 cuántos 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 ____ Días <input type="radio"/> No sé
	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 ____ Bebidas <input type="radio"/> No sé
	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	

First Name: _____ Last Name: _____ Date of Birth: ____/____/____

Great Job! One More Section to Go! → 7

Información del Cliente & Cuestionario de Estilo de Vida Saludable

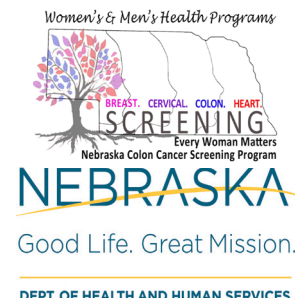
INSTRUCCIONES: ¡Por favor responda cada pregunta en LETRA IMPRENTA legible!

Version: 10/2024

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD	1. ¿Posee o usa alguno de los siguientes tipos de computadoras? 1a. Computadora de escritorio/portátil 1b. El teléfono inteligente 1c. Tableta/Otra computadora inalámbrica portátil	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé <input type="radio"/> No quiere sresponder <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé <input type="radio"/> No quiere sresponder <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé <input type="radio"/> No quiere sresponder
	2. ¿Usted o algún miembro de su hogar tiene acceso a Internet?	<input type="radio"/> Sí, pagando a una compañía de telefonía celular / proveedor de servicios de Internet <input type="radio"/> Sí, sin pagar a una compañía de telefonía celular / proveedor de servicios de Internet <input type="radio"/> No hay acceso a Internet en la casa, apartamento o casa móvil <input type="radio"/> No sé <input type="radio"/> No quiere sresponder
	3. Durante los últimos 12 meses, ¿hubo algún momento en el que te preocupara quedarte sin comida por falta de dinero u otros recursos?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé <input type="radio"/> No quiere sresponder
	4. ¿Alguna vez ha faltado a una cita con el médico debido a problemas de transporte?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No sé <input type="radio"/> No quiere sresponder
	5. Si actualmente está utilizando servicios de cuidado infantil, identifique el tipo de servicios que utiliza, si no, seleccione No aplicable (seleccione todos los que correspondan)	<input type="radio"/> Bebé (desde el nacimiento hasta los 11 meses) <input type="radio"/> Niño pequeño (11 a 36 meses) <input type="radio"/> Preescolar (3 a 5 años) <input type="radio"/> Cuidado después de la escuela (K-9º grado) <input type="radio"/> N/A <input type="radio"/> No sé <input type="radio"/> No quiere sresponder
	6. ¿Ha tenido alguno de estos problemas relacionados con el cuidado de los niños durante el año pasado? (seleccione todas las que correspondan)	<input type="radio"/> El Costo <input type="radio"/> La disponibilidad <input type="radio"/> La ubicación <input type="radio"/> La transportación <input type="radio"/> Horas de operación <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> N/A <input type="radio"/> No sé <input type="radio"/> No quiere sresponder
	7. ¿Cuál es su situación de vivienda?	<input type="radio"/> Tengo Vivienda <input type="radio"/> Tengo una vivienda, pero me preocupa perderla <input type="radio"/> No tengo Vivienda <input type="radio"/> No sé <input type="radio"/> No quiere sresponder
	8. A continuación le preguntaremos qué tan seguro se siente:	
	8a. ¿Con qué frecuencia tu pareja te lastima físicamente?	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Rara vez <input type="radio"/> A veces <input type="radio"/> Bastante a menudo <input type="radio"/> Frecuentemente <input type="radio"/> No quiere sresponder
	8b. ¿con qué frecuencia tu pareja te insulta o te habla con desdén?	<input type="radio"/> Nunca <input type="radio"/> Rara vez <input type="radio"/> A veces <input type="radio"/> Bastante a menudo <input type="radio"/> Frecuentemente <input type="radio"/> No quiere sresponder
9. Estas cuatro preguntas están relacionadas con los medicamentos que toma para cualquier afección de salud que pueda tener:		
9a. ¿Alguna vez te olvidas de tomar tu medicina?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No quiere sresponder	
9b. ¿A veces es descuidado al tomar su medicamento?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No quiere sresponder	
9c. Cuando te sientes mejor, ¿a veces dejas de tomar tu medicina?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No quiere sresponder	
9d. A veces, si se siente peor cuando toma su medicamento, ¿deja de tomarlo?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No quiere sresponder	

Si tiene preguntas, por favor contacte a los Programas:

Nebraska Women's & Men's Health Programs
 Every Woman Matters || Nebraska Colon Cancer Screening Program
 301 Centennial Mall South || P.O. Box 94817 || Lincoln, NE 68509-4817
Toll Free: 800-532-2227 || **In Lincoln:** 402-471-0929 || **Fax:** 402-471-0913
Websites: www.dhhs.ne.gov/womenshealth || www.dhhs.ne.gov/crc
Email: dhhs.ewm@nebraska.gov || dhhs.nccsp@nebraska.gov



8 ¡Buen trabajo! ¡Listo!

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

General Clinical Services

Height: (with shoes off) _____ ft./in.
 Weight: _____ lbs.
 Waist Circumference: _____ inches
Note--2 blood pressure readings are required for this visit.
 Blood Pressure (1): _____ mm Hg
 Blood Pressure (2): _____ mm Hg

1. Is client taking blood pressure medication? Yes No
2. Are you ordering or changing blood pressure medication today? Yes No
3. Is the client taking cholesterol medication to lower cholesterol?
 3a. Is it a statin? Yes No Other _____
4. Contact us if you would like your client to get a follow-up visit for a blood pressure re-check (**needs prior approval**)
1-800-532-2227
**Counsel client on medication adherence for hypertension and check the last box in the section below.*

Cardiovascular Risk Reduction Counseling

Check if counseling completed
Female clients 35-64 ONLY

Client counseled on low dose aspirin usage to decrease risk for CVD

Medication Adherence for Hypertension Counseling

Healthy Behavior Support Services*:
 Client referred to our clinic SMBP
 Health Coaches for Hypertension Program
 Living Well Education
 National Diabetes Prevention Program (NDPP)
 Walk & Talk Toolkit (Physical Activity)
 Tobacco Cessation Counseling
 Client Referred to Statewide Quitline at 1-800-QUIT-NOW
 Fax Referral to Statewide Quitline at 1-800-QUIT-NOW
 Client Refused

Completion of the GREEN section is equivalent to submitting claims for Risk Reduction Counseling and SDOH Assessment.

- SDOH Assessment Complete
- Unite Us Network Referral Made

CVD/Diabetes Screening

Female clients 35-64 ONLY
Labs can only be done in conjunction with breast and/or cervical screening services.

Bloodwork Ordered: Yes No
 Client fasted 9 hrs: Yes No
 Blood Draw Date: _____
Blood draw needs to be within 30 days of today's visit

Cholesterol does NOT need to be fasting.

Total Cholesterol: _____ mg/dl
 HDL (value not ratio): _____ mg/dl
 LDL (value not ratio): _____ mg/dl
 Triglycerides: _____ mg/dl
ALL clients 35+ are now eligible for A1c!
 A1c (preferred): _____
 OR
 Blood Glucose: _____ mg/dl
 (acceptable)

Colon Cancer Screening

Female/Male clients 45-74 ONLY

Clinic will assist client with completing appropriate CRC screening

Clinic would like NCP to follow up with client to assess for CRC screening and provide appropriate screening test

Client is not due for CRC screening

Reminders to Clinician:

- If a clinic home based stool kit is given, and the results are positive, NCP can not enroll for a colonoscopy.
- NCP is a screening program NOT a diagnostic program.

****MUST be an approved contracted provider to receive reimbursement.**

Mammography

Female clients 40-64 ONLY

Mammogram ordered
 Give client Mammography Order Form

Mammogram not ordered
 If not performed, mark or list reason:
 Not age appropriate
 Client not at risk (client 40-49)
 Other _____

Clinical Breast Exam

Female clients 21-64

Finding:

Negative/Benign

Client reports breast symptoms

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

Not Performed

Client Risk for Breast Cancer

Female clients 21-64

Average Risk *Definitions on back

High Risk *Definitions on back

Not Assessed

Screening Pap

Female clients 21-64

Pap test performed
(place red & white EWM sticker on lab requisition)

Pap test not performed **Mark/list reason**

Hysterectomy (with cervix removed)
 not due to cervical cancer

HPV test performed
(place red & white EWM sticker on lab requisition)

HPV test not performed

Pelvic Exam

Female clients 21-64

Finding:

Negative/Benign

Visible Suspicious **CERVICAL** lesion

Not Performed

Client Risk for Cervical Cancer

Female clients 21-64

Average Risk *Definitions on back

High Risk *Definitions on back

Not Assessed

Date of Service for Office Visit _____/_____/_____
 Clinician Name (**PRINT full name-do not abbreviate**) _____
 Clinic Name and City (**PRINT full name-do not abbreviate**) _____

EWM/NCP follows the U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) guidelines regarding screening intervals/recommendations. USPSTF information can be found at:

<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/recommendations>

Program eligibility guidelines may differ slightly.

USPSTF Screening Guidelines	
Cervical Cancer	Breast Cancer
Women 21-29 Grade: A Screen with cytology (Pap smear) every 3 years.	Women aged 40 to 74 years Grade: B Biennial screening mammography for women aged 40 to 74 years.
Women 30-65 Grade: A Screen with cytology every 3 years or co-testing (cytology/HR-HPV testing) every 5 years or screen every 5 years with HR-HPV alone.	
Colon Cancer	
Men and Women 45-74 Grade: B Screening for Colon Cancer with any of the following tests: <ul style="list-style-type: none"> • FOBT/FIT Annually* • Colonoscopy every 10 years * 	
<i>Other approved tests by USPSTF: https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/Recommendation-StatementFinal/colorectal-cancer-screening2</i>	
*Only Colon Cancer Screening Tests are covered by the Program. See Provider Manual for screening algorithms and pre-approval.	

CERVICAL Risk Assessment Definitions:

- **Average Risk** should be reported if risk was assessed and determined to be average risk
- **High/Increased Risk** should be reported if risk was assessed and determined to be high risk (*prior DES exposure and immunocompromised patients*)
- **Not Assessed** should be reported if risk was not assessed, family history was not taken, and/or genetic testing was not done.

BREAST Risk Assessment Definitions:

- **Average Risk** should be reported if risk was assessed and determined to be average risk
- **High/Increased Risk** should be reported if risk was assessed and determined to be high risk (*Women with BRCA mutation, a first-degree relative who is a BRCA carrier, a lifetime risk of 20-25% or greater as defined by risk assessment models, radiation treatment to the chest between ages 10-30, or personal or family history of genetic syndromes like Li-Fraumeni syndrome*)
- **Not Assessed** should be reported if risk was not assessed, family history was not taken, and/or genetic testing was not done.

If you have questions:

Nebraska Women’s & Men’s Health Programs
 Every Woman Matters || Nebraska Colon Cancer Screening Program
 301 Centennial Mall South || P.O. Box 94817
 Lincoln, NE 68509-4817

Toll Free: 800-532-2227 || **In Lincoln:** 402-471-0929 || **Fax:** 402-471-0913

Websites: www.dhhs.ne.gov/EWM || www.dhhs.ne.gov/CRC

Email: dhhs.ewm@nebraska.gov (Every Woman Matters) || dhhs.nccsp@nebraska.gov (Nebraska Colon Program)

Funds for this project were provided through the Centers for Disease Control and Prevention Breast and Cervical Early Detection Program and the Well Integrated Screening and Evaluation for Women Across the Nation Cooperative Agreements with the Nebraska Department of Health and Human Services.

