**BCCHP ENROLLMENT FORM**

**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN AL PROGRAMA BCCHP**

|  |
| --- |
| Escriba en letra de imprenta. **¿Es nuevo en el BCCHP?** [ ]  **Sí [ ]  No N.º de autorización:**       |
| **Apellido** | **Nombre**  | **Inicial de segundo nombre** | **Autorizado para:** [ ]  **Examen clínico de mama** **[ ]  Examen pélvico** **[ ]  Papanicolaou** **[ ]  Mamografía**  |
| **Género**: [ ]  **Mujer [ ]  Hombre [ ]  Hombre trans [ ]  Mujer trans** [ ]  **Intergénero [ ]  Género no binario [ ]  Agénero [ ]  \_\_\_\_\_\_\_****Servicios de interés:** [ ]  **Mama [ ]  Cuello uterino**  | **Contratista principal** | **Fecha** |
| **Fecha de nacimiento**  | **Últimos 4 dígitos del número de Seguro Social (opcional)**  | **Clínica/centro donde se hará la prueba de detección** |
| **Dirección**  | **Cita** **Fecha:** **Hora:**  |
|  **Ciudad** | **Estado** | **Código postal** | **Condado** |  **N.º de expediente clínico** |
| **Números de teléfono: ¿Le podemos dejar un mensaje?** [ ]  **Sí [ ]  No**   **Mejor hora de contacto: [ ]  a. m. [ ]  p. m.** **Particular:       Celular:       Trabajo:       Alternativo:**  |
| **Elegibilidad para el programa: (Se debe completar anualmente).**  |
| **Ingreso familiar antes de impuestos:** **$**  **[ ]  Mensual** [ ]  **Anual** **Cantidad de personas que viven de este ingreso:**  |
| **Elegibilidad para Apple Health verificada [ ]  Sí [ ]  No (motivo**      **) Fecha:****Elegible para Apple Health [ ]  Sí [ ]  No Inscrito en Apple Health [ ]  Sí [ ]  No Fecha:** |
| **¿Tiene seguro médico?** (Seleccione todas las opciones que correspondan). [ ]  **No tengo seguro médico ni soy elegible para Apple Health (adjunte la negativa si la tiene).**[ ]  **Tengo Medicare Parte B. [ ]  Tengo Apple Health, Medicaid o ProviderOne. Número:**[ ]  **Tengo seguro. Nombre de la compañía:** **Deducible: $****Número de póliza/id.:**  |
| **¿Tiene algún problema en las mamas?** [ ]  **Sí [ ]  No Si es así, ¿qué problema? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Idioma principal** (Marque todas las opciones que correspondan, preferentemente con un círculo). **[ ]  Inglés [ ]  Español [ ]  Vietnamita [ ]  Chino [ ]  Coreano** [ ]  **Camboyano [ ]  Ruso [ ]  Otro (especifique:****)** **¿Necesita servicios de interpretación?** [ ]  **Sí [ ]  No** |
| **¿Con qué raza se identifica?** (Marque todas las opciones que correspondan).[ ]  **Asiático [ ]  Negro o afroamericano** [ ]  **Indio americano o nativo de Alaska (especifique la tribu:       )** [ ]  **Blanco o caucásico [ ]  Nativo de Hawái o habitante de otra isla del Pacífico (especifique:** **)**  [ ]  **No sé** |
| **¿Se considera latino o hispano?** [ ]  **Sí [ ]  No**  |
| **¿Cuál fue el grado escolar más alto que alcanzó?** (cantidad de años escolares)  |
| **Si es NUEVO en el BCCHP, ¿cómo se enteró de este programa?** (Seleccione solo una opción). |
| [ ]  **Clínica**[ ]  **Organización comunitaria**[ ]  **Empleador**[ ]  **Trabajador de comunicación** | [ ]  **Amigo o pariente**[ ]  **Búsqueda en Internet, sitio web del BCCHP**[ ]  **Correo**[ ]  **Cartel, volante o folleto** | [ ]  **Radio**[ ]  **Departamento de Radiología**[ ]  **Televisión**[ ]  **Otro (especifique):     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**Envíe el formulario por FAX al contratista principal del BCCHP al:**