



# WOMEN'S WAY DEMOGRAPHICS

NORTH DAKOTA DEPARTMENT OF HEALTH  
COMMUNITY AND HEALTH SYSTEMS  
SFN 54024 (3-2020)

## IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN

Navegación del paciente pago NBCCEDP  Sí  No

Solo navegación  Sí  No

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)		Número de seguro social *	Número alternativo de identificación	
Apellido de soltera	Cualquier otro apellido que use		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	
Lugar de inscripción	País de inscripción	Tipo <input type="checkbox"/> Inscripción <input type="checkbox"/> Reinscripción	Fecha (MM/DD/AAAA)	
Lugar de la cita/prestador			Fecha de la cita (MM/DD/AAAA)	

## DIRECCIÓN POSTAL

Calle o apartado postal:	Ciudad	Condado	Estado	Código postal
Teléfono del hogar	Celular	Teléfono laboral	Correo electrónico	

## DIRECCIÓN ALTERNATIVA (secundaria)

Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono alternativo
-----------	--------	--------	---------------	----------------------

## DEMOGRAFÍA

Origen hispano o latino <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconoce	Raza (marque todo lo que corresponda): <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra o afroamericana <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> India americana o nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái u otra isla del pacífico <input type="checkbox"/> Desconoce
Condición del cliente <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/> Inactivo <input type="checkbox"/> Fuera del área <input type="checkbox"/> Temporalmente inactivo	Fecha del cambio de condición (MM/DD/AAAA)
Tipo de visita <input type="checkbox"/> 1. Inicial <input type="checkbox"/> 2. Chequeo adicional (anual) <input type="checkbox"/> 3. Chequeo adicional (control)	
Notas de la condición	
Seguro médico (marque todo lo que corresponda): <input type="checkbox"/> 1. No tiene Derivada a: <input type="checkbox"/> Mercado <input type="checkbox"/> Expansión de Medicaid <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> 2. Seguro médico <input type="checkbox"/> 3. Medicare A <input type="checkbox"/> 4. Otro: _____ <input type="checkbox"/> 5. Medicaid	

## Proporcione una copia de la tarjeta del seguro (anverso y reverso).

Nombre de la compañía de seguro	Nombre del titular de la póliza	Fecha de nacimiento del titular de la póliza (MM/DD/AAAA)
Número de plan de beneficios del seguro	Teléfono de la compañía de seguros	Fechas de cobertura
Condición del grupo familiar <input type="checkbox"/> 1. Nunca se casó <input type="checkbox"/> 2. Casada <input type="checkbox"/> 3. Viuda <input type="checkbox"/> 4. Divorciada/separada <input type="checkbox"/> 5. En concubinato <input type="checkbox"/> 6. Otro		
¿Fuma o consume tabaco? <input type="checkbox"/> 1. No <input type="checkbox"/> 2. Dejó <input type="checkbox"/> 3. Sí	Actualmente, ¿le interesa dejarlo? <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 3. No aplica	¿Es una fumadora pasiva? <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No
¿Le ofrecieron una derivación? <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 3. La declinó <input type="checkbox"/> 4. No aplica	Comentarios	
Educación <input type="checkbox"/> 8º grado o menos <input type="checkbox"/> 3. Graduada del secundario/GED <input type="checkbox"/> 5. Graduada de escuela técnica <input type="checkbox"/> 7. Graduada universitaria <input type="checkbox"/> Alguna educación secundaria <input type="checkbox"/> 4. Alguna educación de escuela técnica <input type="checkbox"/> 6. Alguna educación universitaria <input type="checkbox"/> 8. Desconoce		
Cantidad de personas que viven en su hogar (incluida usted)	Ingreso bruto mensual total del hogar (antes de impuestos)	
Derivada por (marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> 1. Usted misma <input type="checkbox"/> 3. Divulgación comunitaria <input type="checkbox"/> 5. Campaña televisiva <input type="checkbox"/> 7. Periódico <input type="checkbox"/> 2. Prestador <input type="checkbox"/> 4. Recordatorio de WW/BCCP <input type="checkbox"/> 6. Campaña de radio <input type="checkbox"/> 8. Otro:		

Continúa en el reverso ---->

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)		Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)
¿Se hizo una mamografía anteriormente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, fecha de la última mamografía (MM/DD/AAAA)	¿Tiene implantes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Ha notado cambio en sus senos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, especifique los cambios <input type="checkbox"/> Cambios en la piel <input type="checkbox"/> Secreción del pezón <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Bulto <input type="checkbox"/> Inversión del pezón	
¿Tiene antecedentes familiares de cáncer de mama? (Seleccione todas las opciones que correspondan) <input type="checkbox"/> 1. Madre <input type="checkbox"/> 2. Hermana <input type="checkbox"/> 3. Tía <input type="checkbox"/> 4. Hija <input type="checkbox"/> 5. Abuela <input type="checkbox"/> 6. Ninguno <input type="checkbox"/> 7. No sabe <input type="checkbox"/> 8. Yo		

¿Se hizo un Papanicolaou anteriormente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, fecha de su último Papanicolaou	¿Tuvo Papanicolaou anormales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Se ha realizado una histerectomía? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, motivo de la histerectomía <input type="checkbox"/> Cáncer cervical <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Precáncer cervical <input type="checkbox"/> No por cáncer	
¿Todavía tiene el cuello del útero? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe		

**Confirmando que, a mi leal saber y entender, toda la información que he proporcionado a *Women's Way* es verdadera y correcta.**

Firma	Fecha (MM/DD/AAAA)
Persona de contacto (alguien que NO sea de su hogar, por ejemplo, un pariente, un vecino, etc.)	
Relación con el solicitante	Número de teléfono

**¿Tiene preguntas? Comuníquese con su Oficina de Inscripción al 800-44 WOMEN o al 701-328-2367**

De acuerdo con la Ley de Privacidad de 1974, esto es para informar a los clientes de *Women's Way* que la divulgación de un número de seguro social a *Women's Way* es voluntaria y se solicita solo con fines de identificación. El no revelar esta información no afectará la participación en este programa.