



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 utilice		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

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

DIRECCIÓN ALTERNATIVA (secundaria)

Domicilio	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"/> Desconoce <input type="checkbox"/> India americana o nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái o habitante de otra isla del Pacífico			
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 seguros	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 de secundaria/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? (marque 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
¿Le hicieron 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.