

## Paquete de admisión para el paciente de ScreenWise

DIVISIÓN DE SALUD PÚBLICA  
Programa ScreenWise

Se debe entregar a ScreenWise en el plazo de 5 días  
a partir de la inscripción



Agencia de inscripción: \_\_\_\_\_ Nombre del centro: \_\_\_\_\_

Tipo de inscripción:  En persona (firma obligatoria)  
 En forma remota (indique "En forma remota" en la línea donde firma)

Número de expediente médico: \_\_\_\_\_ Fecha de inscripción: \_\_\_\_\_

Nombre completo del/de la paciente:		
Fecha de nacimiento: (MM/DD/AA)	Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> ¿Sin hogar o en condición inestable de vivienda?
Dirección particular:	N.º de apartamento:	(Si es así, marque la casilla y solamente escriba abajo el código postal y el condado)
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono:		Condado:

¿Tiene usted seguro médico o Medicaid?:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Sí, pero no es suficiente para cubrir mis necesidades <input type="checkbox"/> No
---	--

¿A cuánto ascienden los <b>ingresos mensuales brutos de su grupo familiar?</b> <i>(Este es el total de los ingresos de todos los integrantes del grupo familiar antes de descontarse los impuestos):</i>	\$      mensuales
---	-------------------

¿Cuántas personas <b>viven en su grupo familiar?</b> <i>(incluido usted):</i>	personas
---	----------

¿Origen hispano o latino?:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé/no estoy seguro(a) <input type="checkbox"/> No deseo responder
----------------------------	--

Raza <i>(marque una o más):</i>	<input type="checkbox"/> Indígena estadounidense o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra o afroestadounidense <input type="checkbox"/> Indígena de Hawái o de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> No sé/no estoy seguro(a) <input type="checkbox"/> No deseo responder
---------------------------------	--

¿En qué idioma prefiere leer?	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro:
-------------------------------	---

## Consentimiento del/de la paciente

El programa ScreenWise de Oregon (*ScreenWise*), un programa de la Autoridad de Salud de Oregon, tiene como objetivo reducir el cáncer de mama y de cuello uterino por medio del fomento de la prevención y la detección temprana.

### ScreenWise puede pagar lo siguiente:

- Detección y pruebas diagnósticas de cáncer de mama o de cuello uterino
- Detección de cáncer hereditario por medio de asesoramiento genético y pruebas para detectar mutaciones de los genes BRCA1 y BRCA2, a fin de identificar a los pacientes de alto riesgo
- Orientación y apoyo para pacientes

**ScreenWise no pagará el tratamiento para el cáncer de mama o de cuello uterino. Si se necesita tratamiento, los pacientes pueden presentar una solicitud para el Programa de Tratamiento de Cáncer de Mama y Cuello Uterino de Medicaid (BCCTP, por sus siglas en inglés).**

Al firmar este formulario, **entiendo** que:

- Mi inscripción puede comenzar hasta tres meses antes de la fecha de la firma indicada abajo, lo cual le permite a ScreenWise pagar por reclamos elegibles durante ese periodo.
- Permaneceré inscrito(a) en ScreenWise durante un año mientras siga siendo elegible y no solicite el retiro del programa.
- Mi proveedor evaluará mi elegibilidad para permanecer en el programa todos los años.
- ScreenWise, mis proveedores de atención médica, las clínicas y/o los hospitales pueden compartir información entre sí sobre mi atención médica y cualquier atención médica relacionada que yo reciba mediante ScreenWise, y pueden organizar mi atención y mi participación en servicios adecuados de diagnóstico y/o detección, asesoramiento genético y pruebas en relación con el cáncer de mama y de cuello uterino.
- Mi información no será compartida con nadie fuera de la Autoridad de Salud de Oregon, sus proveedores contratados y financiadores; cualquier informe publicado no usará mi nombre.
- Puedo recibir comunicaciones por escrito, por teléfono o vía electrónica que estén relacionadas con los servicios de ScreenWise.
- Mi proveedor deberá informarme por escrito sobre los servicios que no estén cubiertos por ScreenWise.

Al firmar este formulario, **confirmo** que:

Reúno todos los requisitos de elegibilidad para el programa que se indican a continuación:

- ✓ Vivo o planeo vivir en Oregon.
- ✓ El ingreso de mi grupo familiar es igual o inferior al 250 % del Nivel Federal de Pobreza.
- ✓ No tengo seguro o mi seguro no cubre mis necesidades por completo.

Firma del/de la paciente:

Fecha:

Nombre del/de la paciente (*letra imprenta*):

Puede obtener este documento en otros idiomas, en letra grande, braille o en un formato que usted prefiera. Comuníquese con ScreenWise al 971-673-0581. Aceptamos llamadas de retransmisión o puede llamar al 711.

### Elegibilidad para los servicios para pacientes

¿Necesita el/la paciente servicios de diagnóstico de cáncer de mama o de cuello uterino?	<input type="checkbox"/> 21 a 49 años* * Los pacientes de 21 a 49 años no son elegibles para la inscripción, a menos que se necesiten servicios de diagnóstico. <input type="checkbox"/> 50 años o más
--	--

### Evaluación del cáncer de mama \*las selecciones no afectan la elegibilidad\*

¿Origen judío askenazí?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Se negó a responder
¿Alguna vez ha recibido el/la paciente, o alguno de sus parientes consanguíneos cercanos, un diagnóstico de cáncer de mama, de las trompas de Falopio, de mama masculino, melanoma, de ovarios, pancreático, peritoneal o de próstata?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Se negó a responder
¿Riesgo de cáncer de mama?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe

### Servicios para cáncer de mama

Fecha del examen clínico mamario (CBE, por sus siglas en inglés): _____ (MM/DD/AAAA)	<input type="checkbox"/> Examen normal/resultado benigno <input type="checkbox"/> Anomalía/sospecha de cáncer <input type="checkbox"/> No se realizó
¿Se solicitó una mamografía actualizada?	<input type="checkbox"/> Sí ( <i>detección o diagnóstico</i> ) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se envió directamente para pruebas de diagnóstico adicionales ( <i>por ejemplo, ecografía, biopsia, etc.</i> )

### Evaluación del cáncer de cuello uterino \*las selecciones no afectan la elegibilidad\*

¿Último examen de Papanicolaou? ( <i>antes de la inscripción actual</i> )	<input type="checkbox"/> Sí, fecha ( <i>si se conoce</i> ): _____ (MM/DD/AAAA) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce
¿Riesgo de cáncer de cuello uterino?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe

### Servicios de detección de cáncer de cuello uterino

Fecha del examen de Papanicolaou: _____ (MM/DD/AAAA)	<input type="checkbox"/> Detección de rutina <input type="checkbox"/> Observación después de anomalías reveladas en el examen de Papanicolaou reciente <input type="checkbox"/> No se realizó un examen de Papanicolaou; se solicitó una colposcopia <input type="checkbox"/> No se realizó un examen de Papanicolaou; se solicitaron otras pruebas de diagnóstico <input type="checkbox"/> No se realizó un examen de Papanicolaou; se proporcionaron otros servicios de detección <input type="checkbox"/> No se realizaron servicios de cuello uterino
¿Se solicitó una prueba del HPV?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

## Raza, grupo étnico, idioma y discapacidad (REALD, por sus siglas en inglés)

**Las siguientes preguntas son opcionales** y sus respuestas son confidenciales. Nos gustaría que nos dijera cuál es su raza, grupo étnico, idioma y niveles de discapacidad para que podamos encontrar y abordar las diferencias de salud y servicios. Si no desea responder estas preguntas, marque la opción "No deseo responder". Si tiene cualquier pregunta al completar este formulario, hable con el personal de la clínica para que le ayuden.

### Raza y grupo étnico

1. ¿Cómo identifica usted su raza o grupo étnico, origen tribal, país de origen o ascendencia?  
(por ejemplo, ancestros de sus padres, afiliación tribal)

No deseo responder

2. ¿Cuál de las siguientes opciones describe su identidad racial o étnica? Marque **TODAS** las opciones que correspondan.

#### Hispano(a) y Latino(a/x)

- Centroamericano(a)
- Mexicano(a)
- Sudamericano(a)
- Hispano(a) o latino(a/x) de otro origen

#### Nativo(a) de Hawái y de las Islas del Pacífico

- Chamoru (chamorro(a))
- Marshalés(a)
- Comunidades de la región de Micronesia
- Nativo(a) de Hawái
- Samoano(a)
- Nativo(a) de otras Islas del Pacífico

#### Blanca

- De Europa del Este
- Eslavo(a)
- De Europa Occidental
- Otro grupo étnico blanco

#### Indígena estadounidense

##### Nativo(a) de Alaska

- Indígena estadounidense
- Nativo(a) de Alaska
- Inuit canadiense, métis o indígena canadiense (First Nation)
- Indígena mexicano(a), centroamericano(a) o sudamericano(a)

##### Negro(a) y afroestadounidense

- Afroestadounidense
- Afrocaribeño(a)
- Etíope
- Somalí
- Africano(a) de otro origen (negro)
- Otro grupo étnico negro

##### De Oriente Medio/del Norte de África

- De Oriente Medio
- Del Norte de África

#### Asiática

- Indígena asiático(a)
- Camboyano(a)
- Chino(a)
- Comunidades de Myanmar
- Filipino(a)
- Hmong
- Japonés(a)
- Coreano(a)
- Laosiano(a)
- Del sur de Asia
- Vietnamita
- Otros asiáticos

#### Otras categorías

Otra, indique:

- 
- No sé
  - No deseo responder

<p>3. Si usted marcó <b>más de una</b> de las categorías anteriores, ¿hay <b>una</b> que usted crea que sea su <b>principal</b> identidad racial o étnica?</p>	<input type="checkbox"/> Sí. Encierre en un círculo su principal identidad racial o étnica. <input type="checkbox"/> No tengo solo una identidad racial o étnica principal. <input type="checkbox"/> No. Me identifico como birracial o multirracial. <input type="checkbox"/> N/A. Solo marqué una de las categorías anteriores. <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> No deseo responder
--	---

**Idioma (Hay intérpretes disponibles sin costo)**

4a. ¿Qué idioma o idiomas usa en su hogar?

**Pase a la pregunta 7 si NO indicó un idioma que no sea el inglés o la lengua de señas**

4b. ¿En qué idioma desea que nos comuniquemos con usted en persona, por teléfono o virtualmente?

4c. ¿En qué idioma desea que le escribamos?

<p>5a. ¿Necesita o desea un <b>intérprete</b> para que podamos comunicarnos con usted?</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> No deseo responder
--	--

<p>5b. Si necesita o desea un intérprete, ¿qué tipo de intérprete prefiere?</p>	<input type="checkbox"/> Intérprete de lenguaje hablado <input type="checkbox"/> Intérprete de lengua de señas estadounidense (ASL, por sus siglas en inglés) <input type="checkbox"/> Intérprete de sordos para sordociegos y otras barreras adicionales <input type="checkbox"/> Intérprete de lengua de señas de contacto (PSE, por sus siglas en inglés) <input type="checkbox"/> Otro ( <i>indique</i> ):
---	--

**Pase a la pregunta 7 si no usa otro idioma que no sea el inglés o la lengua de señas**

<p>6. ¿Qué tan bien habla inglés?</p>	<input type="checkbox"/> Muy bien <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> No bien <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> No deseo responder
---------------------------------------	--

## Nivel de capacidad/discapacidad

Sus respuestas nos ayudarán a encontrar las diferencias en la salud y los servicios entre las personas con o sin dificultades funcionales. Sus respuestas son confidenciales.

7. ¿Es usted <b>sordo(a)</b> o tiene serias <b>dificultades para oír</b> ?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> No deseo responder <b>Si la respuesta es sí, ¿a qué edad comenzó esta condición?</b>
8. ¿Es usted <b>ciego(a)</b> o tiene serias <b>dificultades para ver</b> , incluso cuando usa anteojos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> No deseo responder <b>Si la respuesta es sí, ¿a qué edad comenzó esta condición?</b>

### Deténgase aquí si usted/la persona tiene menos de 5 años

9. ¿Tiene serias dificultades para <b>caminar o subir escaleras</b> ?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> No deseo responder <b>Si la respuesta es sí, ¿a qué edad comenzó esta condición?</b>
10. Debido a una afección física, mental o emocional, ¿tiene serias dificultades para <b>concentrarse, recordar o tomar decisiones</b> ?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> No deseo responder <b>Si la respuesta es sí, ¿a qué edad comenzó esta condición?</b>
11. ¿Tiene serias dificultades para <b>vestirse o bañarse</b> ?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> No deseo responder <b>Si la respuesta es sí, ¿a qué edad comenzó esta condición?</b>
12. ¿Tiene serias <b>dificultades para aprender</b> a hacer cosas que la mayoría de las personas de su edad pueden aprender?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> No deseo responder <b>Si la respuesta es sí, ¿a qué edad comenzó esta condición?</b>
13. Cuando usa su idioma habitual, ¿tiene serias <b>dificultades para comunicarse</b> ? (por ejemplo, para comprender y hacerse comprender por los demás)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> No deseo responder <b>Si la respuesta es sí, ¿a qué edad comenzó esta condición?</b>

### Deténgase aquí si usted/la persona tiene menos de 15 años

14. Debido a una afección física, mental o emocional, ¿tiene usted dificultades para hacer mandados solo(a), como visitar un consultorio médico o ir de compras?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> No deseo responder <b>Si la respuesta es sí, ¿a qué edad comenzó esta condición?</b>
15. ¿Tiene serias dificultades con lo siguiente: su estado de ánimo, la intensidad de sus emociones o para controlar su comportamiento, o tiene delirios o alucinaciones?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> No deseo responder <b>Si la respuesta es sí, ¿a qué edad comenzó esta condición?</b>