

Fecha \_\_\_\_\_

Completado por \_\_\_\_\_

Scheduled by \_\_\_\_\_

**Toda la Información debe ser completada:**

<b>NOMBRE COMPLETO</b>	Género:	Femenino	Masculino
Dirección	Fecha de Nacimiento		
Ciudad	Estado Civil	Soltera	Casada
Código Postal	Esta es Dirección de: Casa Trabajo	Seguro Médico	Si No
Condado	Nombre/Plan		
# de Medicaid	# Seguro Social		
Teléfono de casa	Cell/Tel de Noche		
Persona de contacto			
Tel. de Emergencia			
Raza	Grupo Étnico		

**Información de Elegibilidad con Breast Care:**

Los Ingresos Brutos Mensuales del Hogar: \$ \_\_\_\_\_

*Debe incluir como parte de su ingreso lo siguiente: Pensión alimenticia, pensión del seguro social, y la jubilación. No incluya los ingresos de estudiantes de la escuela preparatoria o universitarios.*

Número de personas en la casa \_\_\_\_\_

¿Ha tenido el paciente Breast Care?	Si	No
Número del BC _____		
Donde? _____		
Ha tenido un Mamograma?	Si	No
Fecha del último Mamograma _____	Donde? _____	
Fue normal?	Si	No
Ha tenido un examen de Papanicolaou?	Si	No
Fecha del último examen Pap _____	Donde? _____	
Fue normal?	Si	No
Marque si ha tenido uno de estos síntomas	<input type="checkbox"/> Masa /pecho	<input type="checkbox"/> Sangrado anormal de vagina
Tiene Medicare A o B?	Si	No

**Historia Médica**

Ha tenido una biopsia de pecho o biopsia cervical, y diagnosticado carcinoma-in-situ, or CIN or CIN III?	Si	No
Ha tenido una histerectomía?	Si	No
Si la respuesta es SI, ¿necesita tratamiento?	Si	No

**Otra Información del Paciente**

Educación/último año de escuela: \_\_\_\_\_ Idioma: \_\_\_\_\_

**Cita para el Examen de Pecho/mama (CBE) /Prueba de Papanicolaou (PAP)**

Cita para el Examen inicial \_\_\_\_\_

Proveedor de salud en La Clinica Comunitaria \_\_\_\_\_

Tipo/clase de examen: \_\_\_\_\_

¿Es la dirección física la misma dirección para correo?	Si	No
---	----	----