

Paquete de admisión para el paciente de 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*) A distancia (*indique 'a distancia' en la línea de la firma*)

Número de expediente médico: _____ Fecha de inscripción: _____

Nombre completo del/de la paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Identidad de género (por ejemplo, femenino, masculino o no binario) _____

¿Sin hogar o en condición inestable de vivienda?

(*Si es así, marque la casilla y solo escriba abajo el código postal y el condado*)

Dirección particular: _____ N.º de apartamento: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Condado: _____

¿Tiene usted seguro médico o Medicaid?

Sí

Sí, pero no es suficiente para cubrir mis necesidades

No

¿A cuánto ascienden los ingresos mensuales brutos de su grupo familiar?

(*Este es el total de los ingresos mensuales de todos los integrantes del grupo familiar antes de descontarse los impuestos*)

\$ _____

¿Cuántas personas viven en su grupo familiar? (*Inclúyase usted*)

_____ personas

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
- 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, 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 cualquier servicio que no esté cubierto por ScreenWise.

Al firmar este formulario, **confirmando** 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, en braille o en otro formato que prefiera sin costo alguno. Comuníquese con el Programa ScreenWise al screenwise.info@odhsoha.oregon.gov o al 1-877-255-7070 (voz/texto). Aceptamos todas las llamadas de retransmisión.

Patient service eligibility

Does the patient need breast or cervical cancer diagnostic services?

- 18-39 years old*
- 40 years or older

*Patients 18-39 are not eligible for enrollment unless diagnostic services are needed

Breast cancer assessment *selections do not affect eligibility*

High risk for breast cancer?

- Yes
- No
- Unknown

Breast cancer services

CBE date: _____ (MM/DD/YYYY)

- Normal exam/benign finding
- Abnormal/suspicious for cancer
- Not performed

- Yes (*screening or diagnostic*)
- No (*screening or diagnostic*)
- Sent directly for additional diagnostics (*e.g. ultrasound, biopsy, etc.*)

Cervical cancer assessment *selections do not affect eligibility*

Last Pap (prior to current enrollment)?

- Yes, date (*if known*): _____ (MM/DD/YYYY)
- No
- Unknown

High risk for cervical cancer?

- Yes
- No
- Unknown

Cervical cancer screening services

Current Cervical Services ordered: _____
(MM/DD/YYYY)

- Routine Pap
- Surveillance after recent abnormal Pap
- No pap, other diagnostics ordered
- Colposcopy
- Other cervical diagnostics
- No cervical services performed

HPV ordered?

- Yes
- No

Raza, grupo étnico, idioma y discapacidad (REALD, por sus siglas en inglés) (Para ser completado por el paciente)

Estas preguntas son opcionales y sus respuestas son confidenciales. Nos gustaría que nos dijera su raza, origen étnico, idioma y niveles de habilidad para que podamos encontrar y atender las diferencias en la salud y el servicio. Si no desea responder a estas preguntas, marque la casilla "No deseo responder". Si tiene cualquier pregunta al completar este formulario, hable con el personal de la clínica para que le ayuden.

Raza y origen 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
 Mexicano
 Sudamericano
 Hispano/a o latino/a/x de otro origen

Hispano/a y latino/a/x

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

Blanca

- De Europa del Este
 Eslavo
 De Europa Occidental
 Otro grupo étnico blanco

Indígena estadounidense

Nativo de Alaska

- Indígena estadounidense
 Nativo de Alaska
 Inuit canadiense, métis o indígena canadiense (primeras naciones)
 Indígena mexicano/a, centroamericano/a o sudamericano/a

Negro y afroestadounidense

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

Del Oriente Medio/del norte de África

- Del Oriente Medio
 Del norte de África

Asiática

- Indio asiático
 Camboyano
 Chino
 Comunidades de Myanmar
 Filipino
 Hmong
 Japonés
 Coreano
 Laosiano
 Del sur de Asia
 Vietnamita
 Otro grupo étnico asiático

Otras categorías

Otra, indique:

-
- No sé
 No deseo responder

3. Si usted marcó más de una de las categorías anteriores, ¿hay una que usted crea que sea su principal identidad racial?
- Sí. Encierre en un círculo su identidad racial o étnica principal.
 - No tengo solamente una identidad racial o étnica principal.
 - No. Me identifico como birracial o multirracial.
 - N/A. Solamente marqué una de las categorías anteriores.
 - No sé
 - 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 lenguaje 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?

5a. ¿Necesita o desea un intérprete para que podamos comunicarnos con usted?

- Sí No No sé No deseo responder

5b. Si necesita o desea un intérprete, ¿qué tipo de intérprete prefiere?

- Intérprete de lenguaje hablado
- Intérprete de lengua de señas estadounidense (ASL, por sus siglas en inglés)
- Intérprete de sordos para sordociegos y otras barreras adicionales
- Intérprete de lengua de señas pidgin de contacto (PSE)
- Otro (*indique*): _____

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

6. ¿Qué tan bien habla inglés?

- Muy bien
- Bien
- No bien
- En absoluto
- No sé
- No deseo responder

Discapacidad/nivel de capacidad

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

7. ¿Es sordo o tiene dificultad seria para oír?

- Sí No No sé No deseo responder

Si la respuesta es "sí", ¿a qué edad comenzó esta condición? _____

8. ¿Es ciego o tiene dificultad seria para ver, aunque lleve puestos lentes?

- Sí No No sé No deseo responder

Si la respuesta es "sí", ¿a qué edad comenzó esta condición? _____

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

9. ¿Tiene una dificultad seria para caminar o subir las escaleras?

- Sí No No sé No deseo responder

Si la respuesta es "sí", ¿a qué edad comenzó esta condición? _____

10. Debido a una condición física, mental o emocional, ¿tiene una dificultad seria para concentrarse, recordar o tomar decisiones?

- Sí No No sé No deseo responder

Si la respuesta es "sí", ¿a qué edad comenzó esta condición? _____

11. ¿Tiene serias dificultades para vestirse o bañarse?

- Sí No No sé No deseo responder

Si la respuesta es "sí", ¿a qué edad comenzó esta condición? _____

12. ¿Tiene dificultades serias para aprender a hacer cosas que la mayoría de las personas de su edad pueden aprender?

- Sí No No sé No deseo responder

Si la respuesta es "sí", ¿a qué edad comenzó esta condición? _____

13. Cuando usa su idioma *habitual*, ¿tiene dificultades serias para comunicarse (*por ejemplo, para entender o que otros lo/a entiendan*)?

- Sí No No sé No deseo responder

Si la respuesta es "sí", ¿a qué edad comenzó esta condición? _____

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?

- Sí No No sé No deseo responder

Si la respuesta es "sí", ¿a qué edad comenzó esta condición? _____

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?

- Sí No No sé No deseo responder

Si la respuesta es "sí", ¿a qué edad comenzó esta condición? _____