

PAGSALI (ENROLLMENT) NA PORMULARYO

Paki Imprinta Bago sa BCCHP? ☐ Oo ☐ Hindi ☐ Babae ☐ Lalaki				Authorization #	
Apelyido		Unang Pangalan		Pang-gitnang Inisyal (MI)	
Nakaraang Pangalan				Authorized for: ☐ CBE ☐ Pelvic ☐ Pap ☐ Mammogram ☐ FOBT/FIT ☐ Colonoscopy	
				Prime Contractor	
Petsa ng Kapanganakan		Social Security na Numero		Clinic / Screening Site	
Adres				Appointment Date: _____ Time: _____	
Lungsod	Estado	Kodigo Postal (ZIP)	County	Clinic Chart #	
Mga numero ng telepono: Maari bang mag-iwan ng bilin? ☐ Oo ☐ Hindi					
Pinakamagandang oras ng pagtawag: ☐ a.m. (umaga) ☐ p.m. (hapon)					
Bahay:		Cell:		Trabaho: Alternatibo:	
Pagiging karapat-dapat sa Programa: kailangang kumpletuhin bawat taon					
Sambahayang kinikita <u>bago</u> ang buwis? \$ _____ kada ☐ Buwan ☐ Taon <i>Ilang tao ang namumuhay sa kinikitang ito?</i> _____					
Paki-tsek ang pagiging angkop para sa Apple Health ☐ Oo ☐ Hindi (dahilan _____) Petsa:					
Angkop para sa Apple Health ☐ Oo ☐ Hindi Nakasali sa Apple Health ☐ Oo ☐ Hindi Petsa:					
Mayroon ka bang? (piliin ang lahat ng nararapat) ☐ Walang Insurance (Seguro) at Hindi Angkop para sa Apple Health (pakilakip ang pagkatanggi)					
☐ Medicare Part B ☐ Apple Health, Medicaid, ProviderOne, o medikal na mga kupon # _____					
☐ Insurance (seguro) Pangalan ng kompanya: _____ Deductible (kailangang i-awas): \$ _____ Polisa/ID #: _____					
Mayroon ka bang? ☐ sintomas ng suso? ☐ mga sintomas ng colorectal (bituka/tumbong)?					
☐ isang kasaysayan sa pamilya ng kanser sa kolon (bituka) o mga "polyps" (maliit na mga pagtubo) sa kolon?					
Ikaw ba ay sumailalim sa isang kolonoskopiya noon? ☐ Hindi ☐ Oo Kailan? _____					
Bansang kapanganakan? ☐ USA: Estado: _____ ☐ Iba (tukuyin: _____)					
Pangunahing Wika? (i-tsek lahat ng nararapat, bilugan ang iyong mas gusto) ☐ Inglis ☐ Espanyol					
☐ Biyetnamo ☐ Intsik ☐ Koreano ☐ Cambodian ☐ Russo ☐ Iba (tukuyin: _____)					
Anong lahi ang paningin mo sa iyong sarili? (Pumili ng isa o higit pa)					
☐ Asyano ☐ Itim o Aprikanong Amerikano ☐ Amerikanong-Indiyan o Katutubo ng Alaska (tukuying ang tribo: _____)					
☐ Puti o Causcasian ☐ Katutubo ng Hawaii o iba pang naninirahan sa Islang Pasipiko (tukuyin: _____) ☐ Hindi alam					
Ikaw ba ay Latino o Hispanic (kastilyano)? ☐ Oo ☐ Hindi					
Ano ang pinakamataas na antas ng pag-aaral ang iyong nakumpleto? (bilang ng taon ng pag-aaral) _____					
Kung ikaw ay BAGO sa BCCHP, paano mo napag-alaman ang programang ito? (pumili ng isa lamang)					
☐ Brochure (Pamplet) ☐ Klinika ☐ Organisasyong Pangkomunidad ☐ Pangyayari/Pagdiriwang ☐ Flyer (Polyeto) ☐ Kaibigan o kamag-anak		☐ Pinagtatrabahuan ☐ Paghahanap sa internet – BCCHP na website ☐ Komen for the Cure ☐ Mailing (ipinadala sa koreo) ☐ Diyaryo ☐ Outreach na manggagawa		☐ Karatula ☐ Radyo ☐ Departamento ng Radiology ☐ TV ☐ Iba (tukuyin): _____	

Please FAX form to BCCHP Prime Contractor at: 206-296-0208

Para sa mga taong may kapansanan, ang dokumentong ito ay makukuha kapag hiningi ito sa iba't ibang mga pagkaka-ayos (format).

Upang magsumite nga kahilingan, tumawag sa 1-800-525-0127 (TDD/TTY tawagan ang 711)

DOH 345-054 January 2014 Enrollment - Tagalog