



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Por favor escriba en letra de molde ¿Es usted nuevo en BCCHP? Sí No Sexo femenino Sexo masculino Authorization #

Apellido		Nombre		Inicial 2º nombre		Authorized for: <input type="checkbox"/> CBE <input type="checkbox"/> Pelvic <input type="checkbox"/> Pap <input type="checkbox"/> Mammogram <input type="checkbox"/> FOBT/FIT <input type="checkbox"/> Colonoscopy			
Nombre anterior						Prime Contractor		Date	
Fecha de nacimiento			Número de Seguro Social			Clinic / Screening Site			
Dirección						Appointment Date: _____ Time: _____			
Ciudad		Estado	Código Postal		Condado	Clinic Chart #			

Números de teléfono: ¿Se puede dejar un mensaje? Sí No Mejor hora para llamar: a.m. p.m.

Hogar: _____ Celular: _____ Trabajo: _____ Alternativo: _____

Elegibilidad para el programa: se tiene que llenar anualmente

¿Ingresos familiares antes de impuestos? \$ _____ por Mes Año ¿Cuántas personas viven con estos ingresos? _____

Se comprobó la elegibilidad para Apple Health Sí No (motivo _____) Fecha: _____

Es elegible para Apple Health Sí No Inscrito en Apple Health Sí No Fecha: _____

¿Tiene usted? (seleccione todos los que se apliquen) No tiene seguro de salud y no es elegible para Apple Health (adjunte la denegación)

Medicare Part B Apple Health, Medicaid, ProviderOne, o cupones médicos # _____

Seguro Nombre de la compañía: _____ Deducible: \$ _____ # de Póliza/Id: _____

¿Tiene usted...? ¿un síntoma en las mamas? ¿síntomas colorrectales?

¿antecedentes familiares de cáncer de colon o pólipos de colon?

¿Ha tenido usted una colonoscopia anteriormente? No Sí ¿Cuándo? _____

País natal: EE. UU.: Estado: _____ Otro (especifique: _____)

¿Idioma principal? (marque todo lo que se aplique, haga un círculo en el que prefiere) Inglés Español

Vietnamita Chino Coreano Camboyano Ruso Otro (especifique: _____)

¿De qué raza se considera? (Marque una o más)

Asiática Negra o afroamericana India americana o nativa de Alaska (especifique la tribu: _____)

Blanca o caucásica Nativa hawaiana u otra isleña del Pacífico (especifique: _____) Desconocida

¿Es hispano o latinoamericano? Sí No

¿Cuál es el grado escolar más alto que ha obtenido? (cantidad de años en la escuela) _____

Si usted es NUEVO en BCCHP, ¿cómo se informó sobre este programa? (seleccione uno solamente)

<input type="checkbox"/> Folleto <input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> Organización comunitaria <input type="checkbox"/> Evento <input type="checkbox"/> Panfleto <input type="checkbox"/> Amigo o familiar	<input type="checkbox"/> Empleador <input type="checkbox"/> Búsqueda en Internet – sitio web de BCCHP <input type="checkbox"/> Komen for the Cure <input type="checkbox"/> Publicidad por correo <input type="checkbox"/> Periódico <input type="checkbox"/> Trabajador de difusión de información	<input type="checkbox"/> Póster <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> Depto. de Radiología <input type="checkbox"/> Televisión <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____
--	---	---

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