

BCCHP ENROLLMENT FORM

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN AL PROGRAMA BCCHP

Escriba en letra de imprenta.

¿Es nuevo en el BCCHP? ☐ Sí ☐ No

N.º de autorización:

Apellido		Nombre		Inicial de segundo nombre	Autorizado para: ☐ Examen clínico de mama ☐ Examen pélvico ☐ Papanicolaou ☐ Mamografía	
Género: ☐ Mujer ☐ Hombre ☐ Hombre trans ☐ Mujer trans ☐ Intergénero ☐ Género no binario ☐ Agénero ☐ _____					Contratista principal	
Servicios de interés: ☐ Mama ☐ Cuello uterino					Fecha	
Fecha de nacimiento		Últimos 4 dígitos del número de Seguro Social (opcional)			Clínica/centro donde se hará la prueba de detección	
Dirección					Cita	
					Fecha: _____ Hora: _____	
Ciudad		Estado	Código postal	Condado	N.º de expediente clínico	

Números de teléfono: ¿Le podemos dejar un mensaje? ☐ Sí ☐ No

Mejor hora de contacto: ☐ a. m. ☐ p. m.

Particular:

Celular:

Trabajo:

Alternativo:

Elegibilidad para el programa: (Se debe completar anualmente).

Ingreso familiar antes de impuestos: \$ _____ ☐ Mensual ☐ Anual Cantidad de personas que viven de este ingreso: _____

Elegibilidad para Apple Health verificada ☐ Sí ☐ No (motivo _____) Fecha: _____

Elegible para Apple Health ☐ Sí ☐ No Inscrito en Apple Health ☐ Sí ☐ No Fecha: _____

¿Tiene seguro médico? (Seleccione todas las opciones que correspondan).

☐ No tengo seguro médico ni soy elegible para Apple Health (adjunte la negativa si la tiene).

☐ Tengo Medicare Parte B. ☐ Tengo Apple Health, Medicaid o ProviderOne. Número: _____

☐ Tengo seguro. Nombre de la compañía: _____ Deducible: \$ _____ Número de póliza/id.: _____

¿Tiene algún problema en las mamas? ☐ Sí ☐ No Si es así, ¿qué problema? _____

Idioma principal (Marque todas las opciones que correspondan, preferentemente con un círculo). ☐ Inglés ☐ Español ☐ Vietnamita
☐ Chino ☐ Coreano ☐ Camboyano ☐ Ruso ☐ Otro (especifique: _____)

¿Necesita servicios de interpretación? ☐ Sí ☐ No

¿Con qué raza se identifica? (Marque todas las opciones que correspondan).

☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Indio americano o nativo de Alaska (especifique la tribu: _____)

☐ Blanco o caucásico ☐ Nativo de Hawái o habitante de otra isla del Pacífico (especifique: _____) ☐ No sé

¿Se considera latino o hispano? ☐ Sí ☐ No

¿Cuál fue el grado escolar más alto que alcanzó? (cantidad de años escolares) _____

Si es NUEVO en el BCCHP, ¿cómo se enteró de este programa? (Seleccione solo una opción).

☐ Clínica

☐ Organización comunitaria

☐ Empleador

☐ Trabajador de comunicación

☐ Amigo o pariente

☐ Búsqueda en Internet, sitio web del BCCHP

☐ Correo

☐ Cartel, volante o folleto

☐ Radio

☐ Departamento de Radiología

☐ Televisión

☐ Otro (especifique): _____

Envíe el formulario por FAX al contratista principal del BCCHP al:

Las personas con discapacidades pueden solicitar este documento en otros formatos.

Para ello, llame al 1-800-525-0127 (si usa TDD o TTY [dispositivos de comunicación para sordos], llame al 711).

DOH 342-054 July 2020 - Spanish