**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  \_\_\_\_\_\_\_**  **Servicios de interés:**  **Mama  Cuello uterino** | | | | | | | **Contratista principal** | | **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:**