



**Formulario de reunión de requisitos
La Vida de Toda Mujer - Departamento de Salud de Virginia**

INFORMACIÓN PERSONAL			
Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre:	Apellido de soltera
Núm. de Seguro Social / / (o identificación de extranjero)	Fecha de nacimiento / /	Edad	
Dirección	Ciudad / pueblo	Condado	
Estado	Código postal	Teléfono de la casa () -	
Teléfono del trabajo () -	Celular () -	Mejor hora para llamar:	
¿Cuál es el ingreso de su hogar antes de descontarle los impuestos? \$ /Año			
¿Cuántas personas viven de este ingreso? (incluyéndose a sí misma)			
¿Recibe usted Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Medicare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No → Si marcó el "Sí, <input type="checkbox"/> Parte A o <input type="checkbox"/> Parte B			
¿Seguro Privado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No → Si marcó el "Sí, se ha alcanzado el deducible del seguro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
PREGUNTAS PARA LAS CLIENTES NUEVAS SOLAMENTE			
¿Cómo se enteró del programa "La Vida de Toda Mujer"? <input type="checkbox"/> folleto <input type="checkbox"/> trabajador/a de salud <input type="checkbox"/> familia/amigo/a <input type="checkbox"/> feria sobre la salud <input type="checkbox"/> la Internet/la Web <input type="checkbox"/> radio/ televisión/ periódico <input type="checkbox"/> otro			
Origen étnico: <input type="checkbox"/> hispano <input type="checkbox"/> no hispano <input type="checkbox"/> desconocido			
¿Se describe usted como...? (marque TODAS las que aplican) <input type="checkbox"/> blanca <input type="checkbox"/> negra/afroamericana <input type="checkbox"/> asiática <input type="checkbox"/> nativoamericana/ indígena de Alaska <input type="checkbox"/> indígena de Hawái/ de las islas pacíficas <input type="checkbox"/> desconocida			
¿Qué idioma habla usted a diario?			
¿Le han hecho alguna vez una prueba del Papanicolau? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No → Si marcó el "Sí, ¿cuándo fue su último Papanicolau? (mes/año) / / o <input type="checkbox"/> hace más de 5 años <input type="checkbox"/> no lo sé			
¿Le han hecho alguna vez una mamografía? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No → Si marcó el "Sí, ¿cuándo fue su última mamografía? (mes/año) / / o <input type="checkbox"/> hace más de 5 años <input type="checkbox"/> no lo sé			
OFFICE USE ONLY			
Administrative Site: _____ Case Manager: _____			
Enrollment Site: _____ Enrollment Date: ____ / ____ / ____			
Client ID _____			
Client Status: Active – check one: <input type="checkbox"/> New Screen <input type="checkbox"/> Rescreen <input type="checkbox"/> Inactive due to:(list reason) _____			
Effective Date ____ / ____ / ____			
Detail: Previous Breast Cancer <input type="checkbox"/> L Br <input type="checkbox"/> R Br <input type="checkbox"/> Hysterectomy for Cervical Cancer <input type="checkbox"/> Hysterectomy Non Cancer <input type="checkbox"/> Cervical Record <i>Only</i> , no breast form submitted <input type="checkbox"/> Breast Record <i>Only</i> , no cervical form submitted			