



**PROGRAMA DE DETECCION TEMPRANA DE CANCER DEL SENO Y CERVICAL
DE FLORIDA (FBCCEDP)**

Serving Sarasota, Manatee, Desoto, Charlotte, Lee, Hendry, Glades and Collier Counties.



Mammogramas, Exámenes Clínicos del Seno

Papanicolau y Examen Pelvico para la mujer

Edades 50-64

REGISTRO DEL CLIENTE

Enviar por Fax al 941-554-5512

Nombre y ubicación de la clínica:

Client over the age of 50 enrolled for: Mammogram Clinical Breast Exam Pap (see guidelines)

Nombre: _____	DOB: _____
Dirección: _____ Condado: _____	SS#: _____

Teléfono # _____ Email: _____ Otro Teléfono adicional #: _____	Idioma Principal: _____ Otro Idioma: _____
---	---

Pregunta Mandatoria: Usa Tabaco: *Diario* *Algunos Días* *No*
*Referred to Quitline? Si No

Altura: _____ Peso: _____ Como supo del programa: <input type="checkbox"/> ACS <input type="checkbox"/> Folleto <input type="checkbox"/> CHD <input type="checkbox"/> Comunidad <input type="checkbox"/> Familiar/Amigo <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Consultorio <input type="checkbox"/> Periodico/Revista <input type="checkbox"/> FQHC <input type="checkbox"/> Postal <input type="checkbox"/> BHN	Historial de alta presión (high B/P) Si <input type="checkbox"/> or No <input type="checkbox"/> Tiene bolitas, desecho o dolor en sus senos? Si <input type="checkbox"/> or No <input type="checkbox"/> Recibo Educación sobre la salud de los Senos? Si <input type="checkbox"/> or No <input type="checkbox"/>
--	---

RAZA: Marque Una Negra <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Asiatica <input type="checkbox"/> India Americana <input type="checkbox"/> Esquimal <input type="checkbox"/> Indocumentada Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Historial de Cancer del Seno <u>Cancer del Seno</u> Si <input type="checkbox"/> or No <input type="checkbox"/> <u>Historial Familiar del Cancer del Seno?</u> Si <input type="checkbox"/> or No <input type="checkbox"/> <u>Historial Personal de Cancer Cervical?</u> Si <input type="checkbox"/> or No <input type="checkbox"/> <u>Historial Previo de Cancer invasivo?</u> Si <input type="checkbox"/> Tratamiento _____
Nativo de Hawaii <input type="checkbox"/> Aleutian Islander <input type="checkbox"/> Pacifico Islander <input type="checkbox"/> ETHNICIDAD: Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Judio <input type="checkbox"/>	

Mes, año y lugar de su Última Mamografía: _____	Su Mamografía fue hace Mas de 5+ años <input type="checkbox"/> Si
---	---

Mes y año de sus últimos dos papanicolaus? _____

Histerectomía: Si No

Provider please fax the following to: 941-554-5512

Annual Applicant Agreement: <input type="checkbox"/>	Green Card: <input type="checkbox"/>
Release of information: <input type="checkbox"/>	Mammogram Rx: <input type="checkbox"/>
Self Declaration: <input type="checkbox"/>	Dictation or Physical: <input type="checkbox"/>
Photo ID: <input type="checkbox"/>	Pap Smear Report: (within 21 days) <input type="checkbox"/>

Screening Status: Initial Rescreen Short interval follow-up (or repeat)

Location and date mammogram scheduled: _____ Revised 1/2016