

Fecha de Mamografía: \_\_\_\_\_



Mi firma en este cuestionario representa mi permiso para liberar mi información a la mama Programa de Extensión del Cáncer ENCOREplus que está patrocinado por el Breast Cancer Crusade AVON para ser utilizado sólo para fines estadísticos. TODA la información es confidencial y no será divulgada a ninguna entidad externa.

Nobre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo postal: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ Correo Electronico: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# Avon Breast Health Outreach Program

## Formulario Confidencial del Paciente

50505



Agency ID <input type="text"/>	Today's Date <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Services to be paid for by: (check all that apply)	<b>Office Use Only</b> <i>(continued on back)</i>
Client ID <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Client's health insurance	<input type="checkbox"/> BCCEDP	<input type="checkbox"/> Komen Grant
	<input type="checkbox"/> Fee for service	<input type="checkbox"/> Private donation	<input type="checkbox"/> Other
			<input type="checkbox"/> Other state funds

Es necesario obtener información demográfica de todas las mujeres que reciben servicios del programa, "Avon Breast Health Outreach Program." Por favor conteste cada pregunta acerca de usted. Su nombre no será utilizado en ningún momento durante este cuestionario. **TODAS SUS RESPUESTAS SE MANTENDRÁN CONFIDENCIALES.**

1. ¿Cuál es su edad?  años
2. ¿Es usted de origen Hispano, Latino, o Español?  
 Sí  No
3. ¿Cuál es su raza? (marque uno o más)  
 Indio Americano o Nativo de Alaska  
 Asiático  
 Negro o Afro-americano  
 Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico  
 Blanco  
 Otro:
4. ¿Qué idioma habla más a menudo en su hogar?  
(Seleccione uno)  
 Inglés  Hindi  Portugués  Ruso  
 Español  Tagalo  Vietnamita  Amhárico  
 Francés  Árabe  Cantonés  Otro  
 Coreano  Criollo  Mandarín
5. ¿En qué país nació usted?  
 Estados Unidos  
 Otro:
6. ¿Cuánto tiempo hace que vive en los Estados Unidos?  
 Menos de 1 año  Más de 5 años  
 De 1 a 5 años  Toda mi vida
7. ¿Cuál es el nivel más alto de educación que usted ha alcanzado? (Seleccione uno)  
 Título de postgrado/maestría  Diploma de escuela secundaria/GED  
 Algo de estudios de postgrado/maestría  Menos que secundaria  
 Bachillerato  Secundario Incompleto  
 Título asociado  Ninguna educación  
 Algunos estudios universitarios
8. ¿Cuál es su ingreso familiar anual?  
 \$0 a \$5,000  \$15,001 a \$25,000  
 \$5,001 a \$10,000  \$25,001 a \$50,000  
 \$10,001 a \$15,000  Más de \$50,000  
 No sé
9. ¿Cómo describiría usted el área donde vive?  
(Seleccione uno)  
 Urbana/Ciudad  Rural  Reserva India  
 Suburbana  Frontera  Otro
10. ¿Cuál es su código postal?
11. ¿Cuál es su sexo o género actual?  
(Seleccione todas las opciones que apliquen)  
 Femenino  Masculino  Me niego a responder  
 Otro:
12. ¿Como se identifica personalmente?  
(Seleccione todas las opciones que apliquen)  
 Lesbiana o Gay  Bisexual  Transgenero  
 Ninguna de las anteriores  Me niego a responder  
 Otro:
13. ¿Cómo se enteró usted acerca de este programa?  
(Seleccione todas las opciones que apliquen)  
 Folleto o panfleto  Proveedor de atención de salud  
 Recordatorio anual  Feria de salud  
 Familiar o amigo(a)  Iglesia  
 Trabajador de alcance  YWCA  
 Representante de Avon  Periódico  
 Otro:
14. ¿Cuántas veces ha usado usted este programa para obtener acceso a los servicios de exámen del seno?  
 Primera vez  Tercera vez  
 Segunda vez  Más de 3 veces
15. ¿Por qué decidió venir a este programa para servicios de salud del seno?  
(Seleccione todas las opciones que apliquen)  
 Bajo costo/Servicio gratuito  Incentivo/Regalo gratis  
 Personal amable/servicial  Instalación buena  
 Ofrecen transportación  Fácilmente accesible  
 Ofrecen cuidado de niños  Otro  
 Anuncios  
 Motivación brindada por la familia/amistades  
 El personal habla mi idioma/Culturalmente sensible  
 Abierto durante horas convenientes para mi  
 Referido por mi proveedor de atención de salud

continúe en la siguiente página

(Spanish) **2017**



50505

# Avon Breast Health Outreach Program - Formulario Confidencial del Paciente (continued)

16. ¿Qué tipo de seguro de salud tiene usted?  
(Seleccione todas las opciones que apliquen)

- Medicaid u otro plan publico     Medicare
- Seguro privado-personal     Servicio de Salud Indígena
- Seguro privado-a través del empleador     Otro plan de salud
- VA, Tricare u otro seguro de salud militar
- No tengo seguro/No estoy asegurado

17. ¿En el último año, donde ha ido usted para sus servicios de atención de salud? (Seleccione todo lo que apliquen)

- Clínica Tribal     Clínica de Planificación Familiar
- Hospital Clínico     Centro de Salud Comunitario
- Sala de emergencia     Departamento de Salud
- Curandero tradicional     Otro
- Proveedor Médico Privado     Ninguno

18. ¿Ha sido usted diagnosticada con cáncer del seno?

- Sí     No     No estoy seguro(a)

19. ¿Tiene usted actualmente síntomas del seno tales como bulto, erupción, dolor inusual, o secreción del pezón?

- Sí     No     No estoy seguro(a)

20. ¿Su madre, hermanas o hija han tenido alguna vez cáncer del seno?

- Sí     No     No estoy seguro(a)

21. ¿Alguna vez le han hecho una biopsia del seno?

- Sí     No     No estoy seguro(a)

22. ¿Cuándo fue la última vez que un médico o enfermero(a) le realizó un examen de los senos?

- Hace menos de un año     Nunca he tenido uno
- De 1 a 2 años     No estoy segura
- Hace más de 2 años

23. ¿Sabía usted acerca de las mamografías antes de hoy?

- Sí     No     No estoy segura

24. ¿Hace cuanto tiempo fue su última mamografía?

- Hace menos de 1 año     Nunca he tenido una
- De 1 a 2 años     No estoy segura
- Hace más de 2 años

25. Si **NUNCA** se ha hecho una mamografía **O** si **NO** se ha hecho una en los últimos 2 años, ¿por qué no? (Seleccione todas las opciones que apliquen)

- No tengo seguro de salud     Demasiado caro
- Demasiado joven para tener uno     No aplica
- No tengo problemas de salud     Otro
- No es una prioridad en mi vida
- Mi doctor no me lo recomendó
- Temo encontrar algún problema
- Nunca hemos tenido cáncer del seno en nuestra familia
- No sabía que debería hacérmelo
- Estoy demasiado ocupada
- No tengo transportación

26. Alguna vez un doctor le dijo que usted padece de: (Seleccione todas las opciones que apliquen)

- Presion arterial alta     Cardiopatía o angina
- Insuficiencia Cardíaca Congestiva     Diabetes
- Senos densos     Ninguno de las anteriores
- Discapacidad física, mental o emocional

27. ¿Actualmente, usted fuma cigarrillos?

- Sí     No

En caso afirmativo, ¿cuántos   por día cigarrillos fuma usted por día?

28. ¿Alguna vez dio a luz?

- Sí     No

Si contestó sí: ¿A que edad tuvo su primer hijo?   Edad

Exam type: (check one)

- Screening mammogram
- Diagnostic mammogram     Don't know

Where was this form filled out? (check one)

- At outreach event     At client's home
- Over the phone     Other
- At screening appointment

Who filled out this form? (check one)

- Client     Outreach worker     Health care provider
- Client with interpreter     Other

Type of mammography equipment to be used:  
(check all that apply)

- Digital     Tomosynthesis
- MRI     Don't know

Office Use Only

Where will client go to have a mammogram?

- Hospital imaging center    (check one)
- Community health center
- Primary care provider's office
- Church     Shelter
- Jail/Prison     Radiology facility
- Senior center     Other
- Community center     Not applicable

Type of screening site:  
(check all that apply)

- Mobile van     Stationary unit
- Mobile unit     Don't know site type