

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: <input type="checkbox"/> Examen clínico de mama <input type="checkbox"/> Examen pélvico <input type="checkbox"/> Papanicolaou <input type="checkbox"/> Mamografía	
Género: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Hombre trans <input type="checkbox"/> Mujer trans <input type="checkbox"/> Intergénero <input type="checkbox"/> Género no binario <input type="checkbox"/> Agénero <input type="checkbox"/> _____			Contratista principal	Fecha
Servicios de interés: <input type="checkbox"/> Mama <input type="checkbox"/> Cuello uterino			Clínica/centro donde se hará la prueba de detección	
Fecha de nacimiento	Últimos 4 dígitos del número de Seguro Social (opcional)			
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).

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Clínica | <input type="checkbox"/> Amigo o pariente | <input type="checkbox"/> Radio |
| <input type="checkbox"/> Organización comunitaria | <input type="checkbox"/> Búsqueda en Internet, sitio web del BCCHP | <input type="checkbox"/> Departamento de Radiología |
| <input type="checkbox"/> Empleador | <input type="checkbox"/> Correo | <input type="checkbox"/> Televisión |
| <input type="checkbox"/> Trabajador de comunicación | <input type="checkbox"/> Cartel, volante o folleto | <input type="checkbox"/> 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).