



SITIO DE INSCRIPCIÓN/CÍNICA SATÉLITE (SI HAY) ENROLLMENT SITE/SATELLITE CLINIC (IF ANY)	FECHA DE VISITA (MES/DÍA/AÑO)
--	-------------------------------

A. HISTORIA PERSONAL

NOMBRE (APELLIDO, NOMBRE, INICIALES INTERMEDIAS)	APELLIDO DE SOLTERA
--	---------------------

E-MAIL	TELÉFONO DE CASA ()	TELÉFONO DE SU TRABAJO ()	TELÉFONO CELULAR ()
--------	----------------------------	----------------------------------	----------------------------

DIRECCIÓN	CIUDAD	CÓDIGO POSTAL	CONDADO
-----------	--------	---------------	---------

FECHA DE NACIMIENTO (MES/DÍA/AÑO)	NUMERO DE LA SEGURO SOCIAL (OPCIONAL)	¿CUÁL ES EL IDIOMA PRINCIPAL QUE SE HABLA EN SU CASA? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____
-----------------------------------	---------------------------------------	---

NUMERO DE PERSONAS QUE VIVEN EN SU HOGAR	QUE CLASE DE SEGURO TIENE: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Mo HealthNet <input type="checkbox"/> Privado	MEDICAID DCN/NUMERO DE MEDICARE
--	---	---------------------------------

Raza: (Deben contestarse, escoja todos las que le conciernen) <input type="checkbox"/> (1) Blanco <input type="checkbox"/> (2) Negro o Afro-Americano <input type="checkbox"/> (3) Asiático <input type="checkbox"/> (4) Nativo de Hawaii o de otro isla del Pacífico <input type="checkbox"/> (5) Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> (6) Otros _____ <input type="checkbox"/> (7) Desconocido	Pertenencia Étnica (Las preguntas deben ser contestadas) ¿Tiene ud origenes Hispanos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Ultimo año escolar que completó (marque con un circulo uno) (Equivalente estadounidense, si es de otra nación): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16
---	--

¿Cómo supo usted acerca de este proyecto (En ingles, el Muestreme Mujeres Saludables)? <input type="checkbox"/> (1) Médico <input type="checkbox"/> (8) Enfermera o otra persona clínica <input type="checkbox"/> (2) Clínica <input type="checkbox"/> (9) Feria de Salud <input type="checkbox"/> (3) Televisión <input type="checkbox"/> (10) Coalición de Salud <input type="checkbox"/> (4) Radio <input type="checkbox"/> (11) Promotora de Salud <input type="checkbox"/> (5) Anuncio en diario <input type="checkbox"/> (12) Pariente/Amigo <input type="checkbox"/> (6) Anuncio en carretera <input type="checkbox"/> (13) Otras fuentes <input type="checkbox"/> (7) Anuncio en autobus (especificar) _____	¿Que tipo de transporte utiliza para acudir a su cita clínica? <input type="checkbox"/> (1) Autobús <input type="checkbox"/> (2) Van ACT <input type="checkbox"/> (3) Autobús OATS <input type="checkbox"/> (4) Taxi <input type="checkbox"/> (5) Vehículo personal <input type="checkbox"/> (6) Pariente/Amigo <input type="checkbox"/> (7) SMTS <input type="checkbox"/> (8) Otra _____
---	--

Fecha del examen de Papanicolaou pasado: _____ Fecha de la última mamografía: _____

Actualmente, ¿fuma cigarillos? A diario Algunos días Nada No sabe

Nombre y teléfono de dos personas que siempre puedan localizarse:

Nombre	Teléfono de la Casa (incluya el código de área) ()	Teléfono del Trabajo (incluya el código de área) ()
Nombre	Teléfono de la Casa (incluya el código de área) ()	Teléfono del Trabajo (incluya el código de área) ()