



MISSOURI DEPARTMENT OF HEALTH AND SENIOR SERVICES
SHOW ME HEALTHY WOMEN (SMHW)
PATIENT HISTORY
(TO BE COMPLETED BY CLIENT AND REVIEWED ANNUALLY)

P.O. BOX 570
JEFFERSON CITY, MO 65102-0570
(573) 522-2845

ENROLLMENT SITE/SATELLITE CLINIC (IF ANY)	DATE OF VISIT (MM/DD/YYYY)
---	----------------------------

A. PERSONAL HISTORY

NAME (LAST, FIRST, MIDDLE INITIAL)			MAIDEN NAME	
E-MAIL ADDRESS	HOME PHONE NO. ()	WORK PHONE NO. ()	CELL PHONE NO. ()	
STREET ADDRESS	CITY/STATE	ZIP CODE	COUNTY	
DATE OF BIRTH (MM/DD/YYYY)	SOCIAL SECURITY NUMBER (OPTIONAL)	WHAT IS THE PRIMARY LANGUAGE SPOKEN IN YOUR HOME? ☐ English ☐ Spanish ☐ Other _____		
NUMBER OF HOUSEHOLD MEMBERS	INSURANCE COVERAGE ☐ None ☐ Mo HealthNet ☐ Medicare ☐ Private		MEDICAID DCN/MEDICARE NUMBER	

MILITARY STATUS
Have you or an immediate family member ever served in the U.S. Armed Forces? ☐ Yes ☐ No
If yes, would you like information about military-related services in Missouri? ☐ Yes ☐ No

RACE: (MUST BE ANSWERED, CHOOSE ALL THAT APPLY) ☐ (1) White ☐ (2) Black or African American ☐ (3) Asian ☐ (4) Native Hawaiian or Other Pacific Islander ☐ (5) American Indian or Alaskan Native ☐ (6) Other _____ ☐ (7) Unknown (please avoid using)	ETHNICITY: (MUST BE ANSWERED.) Are you of Hispanic origin? ☐ Yes ☐ No HIGHEST GRADE OF SCHOOL COMPLETED (CIRCLE ONE) (U.S. EQUIVALENT IF EDUCATED IN ANOTHER NATION) 12345678 910111213141516
--	---

HOW DID YOU HEAR ABOUT THE SHOW ME HEALTHY WOMEN PROGRAM? (PLEASE CHOOSE ONLY ONE) ☐ (1) Physician/NP ☐ (2) Clinic/Health Center ☐ (3) Television ☐ (4) Radio/Podcast ☐ (5) Printed Ad/Newspaper ☐ (6) Billboard/Banner ☐ (7) Bus Sign ☐ (8) Health Care Provider ☐ (9) Health Fair/Relay Event ☐ (10) Health Coalition/Local Organization ☐ (11) Community Health Worker/Outreach ☐ (12) Relative/Friend ☐ (13) Faith Home/Church ☐ (14) Financial Counselor/Registration ☐ (18) Social Media (Facebook, Instagram, Twitter, etc.) ☐ (16) Case/Care Manager/Navigator ☐ (17) Internet/Online/Google Search ☐ (15) Other Location (Specify) _____	WHAT TYPE OF TRANSPORTATION DID YOU USE TO GET TO YOUR CLINIC APPOINTMENT? (PLEASE CHOOSE ONLY ONE) ☐ (1) Bus ☐ (2) Van/Shuttle ☐ (3) OATS Bus ☐ (4) Taxi ☐ (5) Personal Vehicle ☐ (6) Relative/Friend ☐ (7) SMTS ☐ (8) Other _____
---	--

DATE OF LAST PAP TEST (MM/DD/YYYY)	DATE OF LAST MAMMOGRAM (MM/DD/YYYY)
------------------------------------	-------------------------------------

DO YOU USE TOBACCO PRODUCTS? ☐ Yes ☐ No HOW OFTEN DO YOU USE TOBACCO PRODUCTS? ☐ Everyday ☐ Some days ☐ Not at all ☐ Don't know	WHICH TYPE OF TOBACCO PRODUCT DO YOU USE? CHECK ALL THAT APPLY ☐ Tobacco Products ☐ Smokeless Tobacco Products ☐ Electronic Tobacco Products
---	---

B. CONTACTS: Name and phone numbers of two people who can always reach you

NAME	HOME PHONE WITH AREA CODE ()	WORK PHONE ()
NAME	HOME PHONE WITH AREA CODE ()	WORK PHONE ()



DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS
PARA PERSONAS DE LA TERCERA EDAD
PROGRAMA "SHOW ME HEALTHY WOMEN" (MUÉSTRAME MUJERES SANAS)
HISTORIAL DEL PACIENTE
(DEBE SER COMPLETADO POR EL CLIENTE Y REVISADO ANUALMENTE)

P.O. BOX 570
JEFFERSON CITY, MO 65102-0570
(573) 522-2845

CENTRO DE INSCRIPCIÓN/CLÍNICA SATELITAL (SI EXISTE)		FECHA DE VISITA (MM/DD/AAAA)	
A. HISTORIA PERSONAL			
NOMBRE (APELLIDO, NOMBRE, INICIAL DE SEGUNDO NOMBRE)		APELLIDO DE SOLTERA	
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO DE LA CASA:	TELÉFONO DEL TRABAJO:	CELULAR:
DIRECCIÓN	CIUDAD, ESTADO	CÓDIGO POSTAL	PAÍS
FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AA)	NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL	¿CUÁL ES EL IDIOMA PRINCIPAL QUE USAN LAS DEMÁS PERSONAS EN EL HOGAR?	
		Inglés Español Otro	
NÚMERO DE MIEMBROS EN LA CASA	COBERTURA DEL SEGURO:		NÚMERO DE MEDICAID DCN/MEDICARE
		☐ Ninguna ☐ Mo HealthNet ☐ Medicare ☐ Privado	
ESTATUS MILITAR			
¿Ha servido usted o un miembro inmediato de su familia en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? ☐ Sí ☐ No			
En caso afirmativo, ¿le gustaría obtener información sobre los servicios relacionados con el ejército en Missouri? ☐ Sí ☐ No			
RAZA: (SE DEBE RESPONDER, SELECCIONAR TODAS LAS RESPUESTAS QUE CORRESPONDAN)		GRUPO ÉTNICO: (SE DEBE RESPONDER)	
☐ (1) Blanca ☐ (2) Negra o afroamericana ☐ (3) Asiática ☐ (5) Indígena de Hawái u otros isleños del Pacífico ☐ (5) Indígena estadounidense o de Alaska ☐ (6) Otra _____ ☐ (7) Desconocida (evite utilizar)		¿Es usted de origen hispano? ☐ Sí ☐ No	
		GRADO MÁS ALTO DE LA ESCUELA COMPLETADO (SELECCIONE UNO) EQUIVALENTE A LOS EE. UU. SI SE EDUCA EN OTRA NACIÓN)	
		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16	
¿CÓMO SE ENTERÓ DEL PROGRAMA SHOW ME HEALTHY WOMEN? (SELECCIONE SOLO UNO)		¿QUÉ TIPO DE TRANSPORTE USÓ PARA LLEGAR A SU CITA EN LA CLÍNICA? (SELECCIONE SOLO UNO)	
☐ (1) Médico ☐ (2) Clínica/Centro de Salud ☐ (3) Televisión ☐ (4) Radio/Podcast ☐ (5) Anuncio impreso/Periódico ☐ (6) Billboard/Banner ☐ (7) Letrero de autobús ☐ (8) Proveedor de cuidados de la salud ☐ (9) Feria de Salud/Evento de Relevé ☐ (10) Coalición de Salud/Organización Local ☐ (11) Trabajador de Salud de la Comunidad/Grupo comunitario		☐ (1) Autobús ☐ (2) Van/Shuttle ☐ (3) Autobús para personas de tercera edad (OATS) ☐ (4) Taxi ☐ (5) Vehículo Personal ☐ (6) Pariente/Amigo ☐ (7) SMTS ☐ (8) Otra _____	
FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN DE PAPANICOLAOU:		FECHA DE LA ÚLTIMA MAMOGRAFÍA	
¿FUMA ACTUALMENTE CIGARROS?			
☐ Todos los días ☐ Algunos días ☐ Para nada ☐ No sé			
B. CONTACTOS: Nombre y números de teléfono de dos personas que siempre pueden ponerse en contacto con usted:			
NOMBRE	TELÉFONO DE LA CASA CON CLAVE	TELÉFONO DEL TRABAJO	
NOMBRE	TELÉFONO DE LA CASA CON CLAVE	TELÉFONO DEL TRABAJO	

MO 580-1800 (10-2021)

CH, D-3