

**MDHHS-6126, BREAST AND CERVICAL CANCER CONTROL NAVIGATION PROGRAM
(BC3NP) AND WISEWOMAN ENROLLMENT**

**MDHHS-6126-SP, PROGRAMA DE NAVEGACIÓN DEL CÁNCER DE MAMA Y
CERVICAL (BC3NP) E INSCRIPCIÓN EN WISEWOMAN**

Michigan Department of Health and Human Services (MDHHS)
(Revised 3-25)

SECCIÓN 1 – INFORMACIÓN DE INSCRIPCIÓN

Lugar de Inscripción/ Clínica

Fecha de Inscripción

Inscripción Inicial

Inscripción Annual por **Retorno**

SECCIÓN 2 – INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL CLIENTE ()

Apellido

1^{er} Nombre

2^{do} Nombre

Fecha de Nacimiento

Nº del Seguro Social

Número de Sistema de Información de Mama y Cervical de Michigan (MBCIS)

Domicilio

Nº de Apartamento

Casilla de Correo

Ciudad

Estado

C. Postal

Condado

Número Telefónico

Hogar

Trabajo

Celular

Otro

Dirección de Correo Electrónico

No deseo recibir comunicaciones de la agencia local WISEWOMAN (LWAs) y/o del MDHHS.

Raza y Étnia (seleccione todas las opciones que correspondan)

Blanco

Indio Americano/Nativo de Alaska

Negro/Afroamericano

Nativo de Hawái/Otra Isla del Pacífico

Asiático

Prefiero no responder

Árabe/Árabe Americano

Desconozco/sin respuesta

¿Es Usted Hispano o Latino?

Sí

No

Desconozco

Prefiero no responder

SECCIÓN 3 – INFORMACIÓN DEL SERVICIO

¿Qué servicios necesita? (seleccione todas las opciones que correspondan)

Mamografía

Papanicolau

Prueba de HPV

Seguimiento de una Mamografía y/o examen de mama atípicas (también llamados diagnósticos)

Seguimiento de un examen de Papanicolau y/o prueba de HPV atípicas (es decir diagnósticos)

Examen de Riesgo de Enfermedad Cardíaca (servicios de WISEWOMAN, donde estén disponibles)

Barreras Identificadas – ¿Necesita ayuda con lo siguiente para recibir servicios ? (Seleccione)

Sin problemas

Ayuda para programar citas

Sin proveedor de salud

Sin tiempo para salir del trabajo

Problemas con el seguro

Transporte

Problemas de cuidado familiar

Necesita servicio de idioma/traducción

Educación sobre procedimientos de examen/diagnóstico

Otro

SECCIÓN 4 – DEMOGRAFÍA

Nivel de Educación

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Inferior al secundar | <input type="checkbox"/> Graduado de la secundaria | <input type="checkbox"/> Parte de la universidad |
| <input type="checkbox"/> Graduado universitario | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder | <input type="checkbox"/> Otro |
-

Estado Civil

- | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Soltero | <input type="checkbox"/> Separado | <input type="checkbox"/> Casado |
| <input type="checkbox"/> Divorciado | <input type="checkbox"/> Viudo | <input type="checkbox"/> En Union Libre |
| <input type="checkbox"/> Otro | | |
-

Estado del Empleo

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tiempo completo | <input type="checkbox"/> Desempleado | <input type="checkbox"/> Tiempo parcial |
| <input type="checkbox"/> Retirado | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder | <input type="checkbox"/> Otro |
-

Miembros del Hogar e Ingresos (Se deberán completar para ser elegible para el programa)

Ingreso Anual	Número de personas a las cuales el ingreso anual del cliente sostiene (incluyendo al cliente)
---------------	---

BC3NP MEDICAL HISTORY AND RISK ASSESSMENT HISTORIA MÉDICA Y EVALUACIÓN DE RIESGO BC3NP

SECCIÓN 5 – INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

SECCIÓN 6 – HISTORIAL DE MAMA

¿Mamografía previa? Sí No Fecha
Examen Clínico de Mama Previo (CBE) Sí No Fecha
Biopsia de Mama Previo Sí No Fecha
¿Se le informó que está en riesgo de desarrollar cáncer de mama? Sí No
¿Se le hizo una Resonancia Magnética (MRI) por estar en Algo Sí Fecha
Riesgo de desarrollar cáncer de mama?

Riesgo de Cáncer de Mama – Seleccione por lo menos una de las siguientes opciones donde se indica riesgo incrementado/alto de cáncer de mama.

No Risk: Average (Mamm Only) Unknown (Mamm Only) Not Assessed (Mamm Only)

- Historia personal/ miembro familiar con BRCA/ otra mutación genética
- Riesgo del tiempo de vida personal de $\geq 20\text{-}25\%$ o $> 1.7\%$ (modelo Gail)
- Tratamiento de radiación de mama entre las edades de 10 a 30
- Historial de hiperplasia atípica o carcinoma lobular in situ
- Historia personal/familiar de síndromes genéticos

ALTO RIESGO – Comuníquese con el MDHHS para la aprobación de la MRI

- Historia personal/familiar de cáncer de ovario
- Tres o más miembros familiares con cáncer de mama
- Miembro familiar diagnosticado con cáncer de mama en una edad inferior a 50
- Otro

RIESGO PROMEDIO – Si puede estar en riesgo, comuníquese al MDHHS para la aprobación de una MRI

SECCIÓN 7 – HISTORIAL DE LA CERVICAL

¿Examen de Papanicolau previo? Sí No Fecha
Examen previo del Virus del Papiloma Humano (HPV) Sí No Fecha
Historial de Histerectomía Sí No Fecha
¿Tiene cuello uterino? Sí No Desconocido
Motivo de la Histerectomía Cáncer precervical Cáncer cervical Otro

Riesgo de Cáncer Cervical – Seleccione por lo menos una de las siguientes opciones que indiquen alto riesgo de cáncer de cervical.

- Sin Riesgo: Promedio (examen regular) Desconocido (examen regular)
- No Examinado (examen regular)
- Historial previo de cáncer precervical o cáncer cervical
- Exposición previa al DES
- Infección de VIH/SIDA (HIV/AIDS)
- Transplante de órgano
- Inmunodepresión a partir de otras causas
- Otro

SECCIÓN 8 – HISTORIA PERSONAL DE CÁNCER

Mama Cervical Ovario Colorrectal
 Otro Cáncer Año

SECCIÓN 9 – HISTORIA FAMILIAR DE CÁNCER

¿Tiene un historial familiar de Cáncer?

Sí (Si es así, complete esta información) No Desconocido

Relación 1

Madre Hermana Abuela Tía
 Padre Hermano Abuelo Tío

Tipo de Relación 1

Materna Paterna Edad

Cáncer 1

Mama Cervical Ovario Colorrectal

Relationship 2

Madre Hermana Abuela Tía
 Padre Hermano Abuelo Tío

Tipo de Relación 2

Materna Paterna Edad

Cancer 2

Mama Cervical Ovario Colorrectal

SECCIÓN 10 – HISTORIAL DE TABAQUISMO

¿Usa productos de tabaco o tabaco sin humo?

Todos los días Algunos días No en absoluto

¿Tiene interés en dejar de fumar?

Sí No No uso tabaco

SECCIÓN 11 – PARA SER COMPLETADO POR LA AGENCIA/CLÍNICA QUE INSCRIBE

Derivación a la Línea para Dejar el Tabaco de Michigan (enviar Fax) Sí No

SECCIÓN 12– COMENTARIOS

Comentarios

El Michigan Department of Health and Human Services (MDHHS) no discriminará contra ningún individuo o grupo en base a su raza, origen nacional, color, sexo, discapacidad, religión, edad, altura, peso, condición familiar, consideraciones partidarias o información genética. Discriminación basada en sexo incluye, pero no se limita a, discriminación basada en la orientación sexual, identidad de género, expresión de género, características sexuales, y embarazo.

End of form

The Michigan Department of Health and Human Services (MDHHS) does not discriminate against any individual or group on the basis of race, national origin, color, sex, disability, religion, age, height, weight, familial status, partisan considerations, or genetic information. Sex-based discrimination includes, but is not limited to, discrimination based on sexual orientation, gender identity, gender expression, sex characteristics, and pregnancy.

Further, MDHHS:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats); and
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, contact the Section 1557 Coordinator. The contact information is found below.

If you believe that MDHHS has not provided the above services, or discriminated in another way, you can file a grievance with the Section 1557 Coordinator. You can file a grievance by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, the Section 1557 Coordinator is available to help you.

MDHHS Section 1557 Coordinator
 Compliance Office, Suite 411
 PO Box 30037
 Lansing, MI 48909

517-284-1018 (Main), (TTY number—if covered entity has one), 517-335-6146 (Fax),
MDHHS-Section-1557@michigan.gov (Email).

You can also file a civil rights complaint with the responsible federal agency.

<p>If your grievance or complaint is about your Medicaid application, benefits or services you can file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services at https://bit.ly/2pBS4YG, or by mail or phone at:</p> <p>U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201 800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)</p> <p>Complaint forms are available at https://bit.ly/2IKsHMS.</p>	<p>If your grievance or complaint is about your application for or current food assistance benefits, you can file a discrimination complaint with the U.S. Department of Agriculture (USDA) Program by:</p> <p>Completing a Complaint Form, (AD-3027) found online at: https://bit.ly/2g9zzpU or at any USDA office, or write a letter addressed to USDA at the address below. In your letter, provide all the information requested in the form.</p> <p>To request a copy of the complaint form, call 866-632-9992. Send your completed form or letter to USDA by mail: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410</p> <p>Fax: 202-690-7442; or Email: program.intake@usda.gov</p>
---	---

MDHHS is an equal opportunity provider.