



Libby's Legacy
Breast Cancer
Foundation



Funded in part by



Aplicación Proyecto de Acceso a Mamogramas

LLBCF utiliza la siguiente información para ayudar a determinar la necesidad de mamografías gratuitas.
Toda la información se mantiene confidencial, a menos que se indique lo contrario.

Fecha: _____ Nombre completo: _____

DOB: ____/____/____ Edad: _____ Etnicidad/Raza: _____

Dirección: _____
Calle/Avenida Ciudad Estado Código Condado

Teléfono Casa ____/____/____ Celular ____/____/____ Trabajo ____/____/____

¿Podemos dejar un mensaje con respecto a su cita con un miembro de la familia o en su contestador automático? Si / No

Dirección de correo electrónico: _____ ¿Quién lo refirió a nosotros? _____

¿Está trabajando actualmente? Si / No ¿Es usted el trabajo: a tiempo parcial / tiempo completo

En caso afirmativo, ¿Quién es su empleador? _____

Motivo de desempleo: _____ Ultimo año que trabajo: _____

¿Tiene usted seguro Medico? Si / No En caso afirmativo, ¿Quién es su proveedor? _____/_____
Número de Grupo Número de Miembro

Médico de Atención Primaria / clínica _____
Nombre número de teléfono

Fecha de la última mamografía: _____ ¿Tiene usted sus Resultados? Y/N **Si no, por favor proporcione lo siguiente:** _____

Nombre del Centro de Radiología Número de teléfono

Calle/Avenida Ciudad Estado Código

¿Tiene síntomas? Si / No En caso afirmativo, por favor póngase en contacto con el Women's Center for Radiology at 407-841-0822.

¿Tiene implantes de seno? Si / No. Este móvil de detección no será capaz de satisfacer sus necesidades, pero podemos ayudar todavía!

Usted mensualmente se auto examina sus senos? Si / No Sabes cómo? Si / No ¿Quisiera educarse sobre la salud de sus senos? Si / No

¿Tiene antecedente familiares de cáncer de mama? Si / No ¿Quién lo tenía? _____ ¿Qué edad tenía al diagnóstico? _____

¿Antecedentes personales de cáncer de mama? Si / No ¿Qué tipo? _____ ¿Cuándo se lo diagnosticaron? _____

Salarios en su hogar: Usted \$ _____ / (Semanal/ Mensual/ Anual) Su pareja \$ _____ / (Sem/Mem/Ann)
Otro \$ _____ Cupones \$ _____ (Por favor incluya entradas de: trabajo, beneficios a desempleados, beneficios de jubilados, manutención de niños por divorcio o separación, pensión, etc...)

Alquiler/Hipoteca \$ _____ mensual ¿Cuántos adultos en su hogar? _____ ¿Cuántos niños? _____
(Edades: _____)

Si usted está sobre nuestras tablas de ingresos, será aplicado un pago de \$ 80 se le estará aplicando a usted, ¿Está usted de acuerdo de hacer este pago? Si / No

Patient's Statement of Understanding

He leído y entendido lo anterior, toda información proporcionada por mí es verdadero y completada a lo mejor de mi conocimiento. Doy mi consentimiento para el intercambio de información entre la Libby's Legacy Breast Cancer Foundation y otras agencias comunitarias para proveer los servicios necesarios.

Firma del paciente / responsable

Fecha

Por la presente autorizo el Libby Legacy Breast Cancer Foundation intercambie información médica adecuada con respecto a mi salud a mi médico/clínica primario.

Agencia / Nombre del Médico

Firma del paciente / responsable

Fecha

Libby's Legacy Breast Cancer Foundation • 1718 S. Orange Ave • Orlando, FL 32806 • 407-898-1991