



Libby's Legacy Breast Cancer Foundation

1718 S. Orange Ave, Orlando, FL 32806
 (407) 898-1991 www.libbyslegacy.org
 (407) 841-4451 Fax

Aplicacion para mamografia

LLBCF usara esta informacion para ayudar a determinar la necesidad de una mamografia gratuita. LLBCF no usara su informacion para ningun otro proposito. Toda la informacion es confidencial, al menos que le pidamos su permiso.

Fecha: _____ Nombre: _____

SSN: - - Fecha de Nacimiento Edad: _____

Direccion: _____

Telefono Celular Telefono de Trabajo

El mejor numero para contactarlo: Casa / Celular / Trabajo Mejor momento para llamar: Mañana / Tarde / Noche

Direccion de correo electronico: _____ Tienes computadora? Si/No _____

Raza: **Como sabe de nosotros** Tiene empleo? Si/No Horas de trabajo: tiempo complete/
 medio dia
 Si la respuesta es si, quien lo emplea?

Tiene seguro medico? Si/No _____ Seguro secundario? Si/No _____

Nombre de su doctor primario: _____ (direccion _____)

Usted debera tener una prescripcion medica para recibir una de nuestras mamografias gratuitas , la tiene? Si/No

Fecha de su ultima mamografia: _____ Tiene los resultados? Si/No (**por favor traigalos a su cita**)

Donde fue a sacarse su mamografia: _____

Tiene sintomas? Si/No Se hace un examen de senos mensualmente? Si/No

Tiene historia en la familia de cancer a los senos? Si/No Quien? _____ Que edad tenia esa persona cuando la diagnosticaron? _____

Sueldo familiar: Usted \$ ____ / Pareja \$ ____ / Otros \$ ____ Estampas de comida\$
 (incluya sueldo de trabajo, desempleo, SSI, pension de niños, herencias, pagos por otros servicios, etc...)

Pago de la casa \$ ____ /al mes Numero de adultos en el hogar / Numero de niños

Telefono de emergencia : Relacion:

Eligibilidad de servicio y datos requeridos

Documents needed for service eligibility:

- Documento de identidad (ID)
- Copia de su W-2 o los taxes de el año pasado
- Ultimo cheque (si no tiene W-2 o copia de taxes)
- Copia de prescripcion

**Los papeles para el Women's Center for Radiology tienen que ser completados antes de su cita.
Por favor faxeelos a la oficina o llenelos por la internet.**

Exprese que ha entendido este formulario y sus requerimientos

Yo he leído y entiendo la forma que he llenado y declaro que mi informacion es verdadera y completa. Yo permito que se intercambie aquella informacion entre Libby's Legacy Breast Cancer Foundation y otras agencias para poder conseguir los servicios necesarios

Aplicante

Fecha

Yo autorizo Libby's Legacy Breast Cancer Foundation para que de mi informacion medica sobre mis cuidados a mi agencia medica, (nombre de agencia) _____ .

Aplicante

Fecha

*Libby's Legacy Breast Cancer Foundation no discrimina por raza, religion,
orientacion sexual, sexo, edad, o sueldo.*

Filled out by LLBCF Staff: _____