



# Libby's Legacy Breast Cancer Foundation

112 Annie St. Orlando, FL 32806  
Ph (407) 898-1991 Fax (407) 431-0102  
[www.libbyslegacy.org](http://www.libbyslegacy.org)

## Aplicación Proyecto de Acceso a Mamogramas

LLBCF usa la siguiente información para determinar la necesidad de mamogramas gratuitos. Toda información provista se mantiene confidencial, excepto en situaciones específicas.

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre completo: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_

Etnicidad/Raza: \_\_\_\_\_ ¿Cómo te identificas? (Selecione Una) \_\_\_\_ Lesbiana \_\_\_\_ Gay  
\_\_\_\_ Transgenero \_\_\_\_ Bisexual \_\_\_\_ Heterosexual

Por favor marque su estado residencial en EEUU: Ciudadano \_\_\_\_ Residente \_\_\_\_ Visa \_\_\_\_ Indocumentado \_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Calle/Avenida Apartamento Ciudad Estado Código Postal País  
Números de teléfono: Hogar \_\_\_\_/\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_/\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_/\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_ Tiene acceso a una computadora? Si / No

**¿Quien lo refirió a LLBCF?** \_\_\_\_\_

¿Tiene usted empleo? Si / No Clase de empleo: medio tiempo / tiempo completo

Si tiene empleo, quien es su empleador? \_\_\_\_\_

Si no tiene empleo, cual es la razón? \_\_\_\_\_ Ultimo año en que trabajo \_\_\_\_\_

¿Tiene usted seguro medico: Si / No \_\_\_\_\_ Doctor/Clinica que refirió \_\_\_\_\_

Dirección del Doctor/clínica \_\_\_\_\_

Fecha de su último mamograma: \_\_\_\_\_ Tiene los resultados impresos / radiografías? Si / No

Si usted a tenido un mamograma anteriormente, por favor indique el nombre de la Clinica Radiologica, su direccion y telefono: \_\_\_\_\_

**¿Tiene usted algun síntoma? Si / No Por favor describa sus síntomas:** \_\_\_\_\_

**¿Tiene usted impantes? Si / No**

¿Se examina usted mensualmente? Si / No Sabe usted como hacerlos? Si / No Desea usted información acerca de exámenes para verificar la salud de senos? Si / No

¿Tiene usted algún historial de cáncer de seno en su familia? Si / No ¿Quien? \_\_\_\_\_ ¿A que edad fue diagnosticada/o? \_\_\_\_\_

Salarios en su hogar: Usted \$ \_\_\_\_\_ / (Semanal/ Mensual/ Anual) Pareja \$ \_\_\_\_\_ / (Sem/Mem/Anual)

Otro \$ \_\_\_\_\_ (Por favor incluya entradas de: trabajo, beneficios a desempleados, beneficios de jubilados, manutención de niños por divorcio/separación, pensión, etc.)

Alquiler/Hipoteca \$ \_\_\_\_\_ mensual Cupones/Ayuda del Gobierno \$ \_\_\_\_\_ ¿ Cuántos adultos? \_\_\_\_\_

¿Cuántos niños? \_\_\_\_\_ (Edades: \_\_\_\_\_)

### **Declaración de Entendimiento del Paciente**

He leído y entendido lo anterior y declaro que la información proporcionada por mí es verdadera y completa según mi mejor conocimiento. Consiento en el intercambio de información entre la Fundación de Cáncer de Mama de Legacy de Libby y otras agencias de la comunidad para proveer los servicios necesarios.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente / Parte Responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

Por la presente autorizo a la Fundación de Cáncer de Mama Legacy de Libby a revelar información médica apropiada con respecto a mi cuidado a mi médico de atención primaria.

\_\_\_\_\_  
Nombre de Agencia /Doctor

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente / Parte Responsable Fecha  
*Updated 09/05/2017*