



Libby's Legacy Breast Cancer Foundation
Dirección: 112 Annie St., Orlando, FL 32806
Teléfono: (407)898-1991 www.libbyslegacy.org
Línea Fax: (407)431-0102

Aplicación para Servicio de 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: ____

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 ____/____

Preferencia de contacto telefónico: Hogar / Celular / Trabajo Hora de preferencia: Mañana / Tarde / Noche

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

Indique su preferencia para contactarlo: Correo electrónico / Llamada telefónica / Correo (carta)

Etnicidad/Raza: _____ ¿Cómo te identificas? (Seleccione Una) ____ Lesbiana ____ Gay
____ Transgenero ____ Bisexual ____ Heterosexual

¿Quién lo refirió a LLBCF? _____

¿Está has sido paciente de la de Libby's Legacy? Y / N

¿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 _____

Usted TIENE QUE TENER una receta para un mamograma para calificar para este servicio, Tiene receta? Si / No

Fecha de su último mamograma: _____ Tiene los resultados impresos / radiografías? Si / No
Si su respuesta es No, **Por favor llame a su facilidad anterior y recoja sus resultados impresos / radiografías.**

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 ¿Quién?_____ ¿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: _____)

Importante:

Si usted se encuentra entre las edades de 50 a 64 años, por favor llame a la oficina del BCCEDP al 407-665-3185(Español) o 407-665-3244 (Ingles) para obtener un mamograma gratis. Por favor escriba la información obtenida durante su llamada aquí:

Fecha en que llamo: _____ Representante con quien hablo: _____ Situación: (si se encuentra en lista de espera o se le ofreció un mamograma inmediatamente, etc.) _____

Contacto en caso de emergencia: _____ Relación: _____
Número de teléfono: ____/_____

Junto a su solicitud, necesitamos los siguientes documentos – por favor asegúrese que las copias sean claras

- o Copia de su tarjeta de identificación con fotografía
- o Copia de la W-2 o impuestos del último año
- o Últimos 3 talonarios recibidos (usted y su pareja) (Si usted no tiene W2 o no tiene planilla del ultimo año)
- o Receta / recomendación del Doctor o clínica que refirió

Paciente: Prueba de su Entendimiento

Yo he leído y entiendo lo establecido en los párrafos anteriores, y declaro que la información provista en este documento es verdadera y completa, sin consigna. Yo permito el intercambio de información entre Libby's Legacy Breast Cancer Foundation y otras agencias de la comunidad con el fin de proveer los servicios necesarios.

Firma del Paciente / Parentela responsable

Fecha

De esta manera, autorizo a Libby's Legacy Breast Cancer Foundation para compartir información medica apropiada en respecto a mi tratamiento con la clínica/medico que me refirió, (Nombre de la agencia:)

Firma del Paciente / Parentela responsable

Fecha

Ser llenado por miembro de LLBCF después de este punto.

Filled out by LLBCF Staff: _____ Via: Phone / Walk-in Date _____

Application received by _____ Via: FAX / MAIL / Walk-in / Email Date _____

Reviewed by _____ Date _____