



Solo para uso de oficina:

Date: _____
 Location/County: _____
 CHW: _____
 Participant ID: _____

Kit Sticker:

Preguntas de Elegibilidad:

Nombre (Nombre Segundo Nombre Apellido)					
Fecha de Nacimiento:		Cual es su Raza: (circule todo lo que cotesponda)			
Edad:	Genero:	Blanco	Negro/Afroamericano	Isla de pacifico/Asiatico	
		India Americana/Nativa de Alaska		Otro: _____	
Eres Hispano o Latino?		Idioma preferido:		Licencia de conducir valida de Texas:	
Si	No	Ingles	Espanol	Otro: _____	Si No
Direccion de envio:			Ciudad/Estado/Codigo Postal		Condado de Residencia:
Correo Electronico:			Numero de telefono:		Estas Casado o vives con una pareja? Si No
Contacto de Emergencia:			Telefono:		
En que Paiz Naciste? (un circulo)			Cuanto tiempo has vivido en los Estados Unidos?		
Estados Unidos Mexico Otor: _____					
Estas trabajando? (un circulo)		Tiempo completo		Tiempo parcial Desempleado	
Mayor Nivel de Educacion completado:		Tienes seguro Medico? Si No		Para alguien de tu edad, como calificarias tu salud? Excelente Muy Bueno Bueno Justa Mal o pobre	
Ingresos del hogar (encierra en un circulo la mejor respuesta):					
1 - Less than \$10,000		2 - \$10,000 - \$15,000		3 - \$15,000 - \$20,000	
4 - \$20,000 - \$25,000		5 - \$25,000 - \$35,000		6 - \$35,000 - \$50,000	
7 - \$50,000 - \$75,000		8 - \$75,000 o mas		No se Prefiero no responder	

Preguntas de Admision:

Tienes Una doctor regular?		Nombre del Medico y Direccion de la Clinica		
Si	No			
Bebes alcohol? (un circulo)		Usas productos de tabaco?		
Si	No	Si	No	
Usted o alguien en su familia ha sido diagnosticado con cancer de colon:		Si	No	
Si respondio 'Si' a la pregunta anterior - marque todo lo que correspona y a que edad:				
Uno Mismo	Padre	Madre	Hermano	Hermana
Hijo/Hija	Tio	Tia	Abuelo	Abuela
Primo				
En los ultimos tres meses, ha notado sangre en el recto o sangre en las heces en mas de una ocasion?				
		Si	No	No se
Algunma vez un medico le recomendo que se hiciera una prueba de deteccion de cancer colorrectal?				
		Si	No	
Alguna vez su Medico le ha hecho realizsar una prueba de heces en el hogar?				
		Si	No	
Si 'Si', cuando? _____				
Alguna vez te has heco una colonoscopia?				
		Si	No	
Si la respuesta es si cuando?		Mes _____	Ano _____	
Con que frecuencia le recomendo su medico que se hiciera una colonoscopia? _____ anos				
Ha tenido su colonoscopia de seguimiento recomedada?				
		Si	No	
Si la respuesta es si cuando?		Mes _____	Ano _____	

¿Desea inscribirse en nuestros textos? Si No

Consentimiento para el tratamiento:

Yo, _____, como participante de la program Get F.I.T. to Stay Fit , por la presente acuerdo y reconozco que solo recibire servicios gratuitos de detección y diagnostico de cancer de colon. Soy consciente y estoy de acuerdo que, yo seria responsable de pagar otros vesitas y consultas, procedimientos, tarifas de hospital, y serugia y tratamientos necesitados después que recibo mi diagnostico final.

Reconozco que estoy firmando esta declaracion voluntariamente y no estoy firmando bajo coacción, o después de que los servicios hayan side provistos. Entiendo que al firmar esta formulario, sere completamente responsable de mi atención medica. Igual entiendo que es mi eleccion tener otros servicios recomendados por me proveedor de atencion medica y otras opciones de acceso a la atencion medica proporcionadas por esta organización.

Divulgacion de informacion medica:

Yo, _____, al firmar esta formularion, autorizarle a divulgar informacion confidencial sobre mi salud a Get FIT to Stay Fit. Tambien autorizo Get FIT to Stay Fit divulgar informacion confidencial sobre mi a otros proveedores de servicios medicos, segun sea necesario, con respeto a mi diognostico y tratamiento para continuar con mi atencion medica.

Las limitaciones de la información que puede publicare sujeto a esta publicaion de este Formulario de publicación son las siguientes:

He leído esta autorizacion o me han leído esta autorizacion. Entiendo y acepto su contenido.

Me han informado que puedo revocar esta autorizacion mediante una declaración por escrito en cualquier momento.

(Firma del Paciente o representante legal)

(Fecha)

(Testigo)

(Fecha)



CANCER PREVENTION & RESEARCH
INSTITUTE OF TEXAS

Eligibility Form updated 12/2022