



Departamento de Salud de Texas

Programa para el control del cáncer cervical y del cáncer del seno

Formulario de información comprehensiva para la administración de casos

Contratista, Nombre de la clínica:	Administrador del caso:	Número de identificación del paciente:	Número del expediente:
------------------------------------	-------------------------	----------------------------------------	------------------------

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Nombre:	Fecha de nacimiento:	Número de Seguro Social:	Teléfono durante el día:	
Resultados de exámenes o diagnóstico:		Información sobre otra persona de contacto:		
	Nombre:	Dirección:	Teléfono:	Relación:

INFORMACIÓN DE EVALUACIÓN

Evaluación de los recursos sociales	Estatus de atención médica/servicios	Evaluación de educación y asesoramiento
<input type="checkbox"/> Apoyo social (por ejemplo: familia, iglesia, amigos) <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Hogar médico <input type="checkbox"/> Transportación <input type="checkbox"/> Barrera de idiomas <input type="checkbox"/> No puede salir del trabajo <input type="checkbox"/> Cuidado de niños <input type="checkbox"/> Hacer una cita <input type="checkbox"/> Recursos económicos <input type="checkbox"/> Curación alternativa <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Preocupación sobre el procedimiento (por ejemplo: incomodidad, dolor) <input type="checkbox"/> Vergüenza <input type="checkbox"/> Miedo al cáncer <input type="checkbox"/> Abrumada por la información <input type="checkbox"/> Sensaciones de enojo, tristeza <input type="checkbox"/> Relación con su cónyuge/sus amigos <input type="checkbox"/> Preocupación sobre las relaciones sexuales o la intimidad <input type="checkbox"/> Imagen del cuerpo <input type="checkbox"/> Costo del procedimiento <input type="checkbox"/> Pérdida del empleo <input type="checkbox"/> Otro

FECHA DEL PLAN DE SERVICIOS

Necesidad identificada	Servicio/Envío	Proveedor	Fecha del servicio/envío inicial	Fecha de	Resultado del servicio/envío

DECLARACIÓN DE ENTENDIMIENTO

Yo entiendo que mi participación en el Programa para el control del cáncer cervical y del cáncer del seno significa que estoy dispuesta a participar en evaluaciones o tratamientos si los resultados de las pruebas resultan anormales.

(Firma): _____ Fecha: _____