



TEXAS

Department of
State Health Services

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: _____