## Forma de examen del cáncer de colon y rectal comunidad

FOBT #: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

## *Hombres y mujeres 50-74*

1. **Todas las preguntas deben ser respondidas**. Por favor imprima claramente.
2. Leer y firmar
3. Mande por correo el kit de prueba completado en el sobre proporcionado

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Primer nombre: inicial media:**  |  **Apellidos:**  |  | **Nombre de soltera:**  |
|  |  |
| **Fecha de Nacimiento:**  | **Género** | **¿Más de 50 años de edad?** ❑ Sí ❑ No | **Dirección:**  |
|  / /  | ❑ M ❑ F |  |
| **Ciudad:**  | **Condado:**  | **Estado: código postal:**  |
|  |  |  |
| **Teléfono del día:**  | **Dirección de correo electonico:**  |
|  ( ) |   |
| **En caso de que no podamos contactarte:** **Persona de contacto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Relación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Phone: ( )****Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ estado: \_\_\_\_\_\_\_ zip: \_\_\_\_\_\_\_\_** | **¿Cómo se enteró de este programa de detección de cáncer de colon?** ❑ televisión ❑ radio ❑ periódico ❑ amigo/familiar❑ su médico ❑ su lugar de trabajo ❑Internet ❑Iglesia❑ Trabajador de divulgación ❑ Grupo comunitario ❑ otros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **¿Qué raza o etnia eres?** ❑ Indio americano/nativo de Alaska ❑ Negro/afroamericano❑ Asiático❑ Mexicano-americano❑ Blanco❑ Islas del Pacífico/Nativo hawaiano ❑ Otros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_❑ Desconocido  | **¿eres de origen hispano/latina?** ❑ Sí ❑ No ❑ DesconocidoPaís de origen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **¿Cuál es su idioma principal?** ❑ Inglés ❑ Español ❑ Vietnamita ❑ otros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **¿Cuál es su ingreso familiar antes de impuestos?** ❑ Semanal❑ Quincenal Ingreso: $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_❑ Mensual❑ Anual **Tenga en cuenta:** Autónomo son utilizar el ingreso neto después de impuestos.  | **¿tiene seguro médico?** ❑ Sí ❑ No (Nota: su plan de salud no será facturado para este examen. Tampoco se les notificará de los resultados de las pruebas individuales. ) |
| **¿Cuánta gente vive con este ingreso? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **¿ha sido examinado alguna vez para el cáncer colorrectal?** ❑No ❑ Sí, en el último año ❑ Sí, hace más de un año ❑ No sé |
| **¿Quién es su médico de cabecera?** Nombre del doctor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nombre de la clínica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

***Declaración de divulgación***-Este examen se usa solamente para detectar sangre oculta en las heces, lo cual puede ser un signo de varias afecciones incluyendo hemorroides, pólipos de colon, cáncer, diverticulitis, úlceras, ciertos medicamentos y falta de seguir las instrucciones dietéticas. Un resultado positivo de la prueba significa que usted debe ponerse en contacto con su médico de cabecera para un examen de seguimiento. Un resultado negativo de la prueba no significa que usted no tiene cáncer. Un resultado negativo significa que debe ser proyectado anualmente. Usted debe discutir las recomendaciones de la sociedad americana del cáncer para exámenes colorrectales con su médico para determinar mejor. Con que frecuencia debe ser examinado.

***Autorización para divulgar información-*** Por la presente autorizo la liberación de los resultados de mis exámenes de heces; la información contenida en mi formulario de registro y recomendó relacionard pruebas al centro de pruebas y a mi médico. La sociedad americana del cáncer está participando en la campaña de sensibilización de la comunidad sólo con fines estadísticos y educativos. Esta información, así como la identidad del paciente y del médico, se mantendrá estrictamente confidencial y se utilizará sólo con fines estadísticos por el Departamento de salud del distrito central de West y el programa de detección del cáncer de colon de Nebraska. El destinatario de esta información del paciente está prohibido de revelar la información a cualquier otra parte y está obligado a destruir la información después de que la necesidad se ha cumplido.

Su firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_