Formulario de Exámenes de Detección de Cáncer de Colon y Cáncer Rectal para Hombres y Mujeres entre 50 y 74 años, para la comunidad.

FOBT#:_____
Versión: Enero 2012

1. **TODAS LAS PREGUNTAS DEBEN SER RESPONDIDAS.** Por favor escribe de una manera legible.
2. Lea y firma.
3. Entregue el formulario **COMPLETO** al farmaceuta y envié por correo el kit para realizarse los exámenes el sobre de devolución provisto.

Nombre	**Inicial**	**Apellido de Soltera**
Fecha de Nacimiento / /	**Género** **M / F**	**Dirección**
Ciudad	**Condado**	**Estado**
Código Postal	**Teléfono de día** ( )	**Teléfono de noche** ( )

¿De que Raza o Etnia es usted?
☐ India Americana Tribu: _____
☐ Negra/Afro-Americana
☐ Méjico-Americana
☐ Blanca
☐ Asiática
☐ De la Isla del Pacifico
☐ Otra: _____
☐ Desconocida

¿Es de origen Latino/Hispano?
☐ Sí ☐ No ☐ No se
País de origen: _____

¿Cuál es tu lengua natal?
☐ Inglés ☐ Español
☐ Vietnamita
☐ Otro: _____

How did you hear about this colon cancer screening program?
☐ Televisión ☐ Radio
☐ Periódico ☐Amigo / familiar
☐ Su médico ☐Su lugar de trabajo
☐ Internet ☐Dentro de la tienda de pantalla
☐ Iglesia
☐ Otra: _____

¿Tiene seguro de salud?
☐ Sí ☐ No
*(**Nota:** Su plan de salud no será facturado el costo de esta prueba, ni serán notificadas de su resultado de prueba individual.)*

¿Ha usted nunca se ha proyectado para el cáncer colorrectal?
☐ No ☐ Si, en el ultimo año
☐ Si, hace más de un año ☐No sé

Haga favor de dicernos quien es su proveedor del cuidado de salud principal
(Nombre del médico):_____ Nombre de la clínica: _____
Ciudad: _____ Teléfono: _____

Declaración de Divulgación **-** Este examen es usado únicamente para detectar sangre oculta en la materia fecal, lo cual puede ser una indicación de varias condiciones incluyendo hemorroides, pólipos en el colon, cáncer, diverticulitis, ulceras, ciertos medicamentos y la omisión en seguir instrucciones de dieta. Un resultado positivo significa que debería contactar a su doctor de cabecera para un examen de seguimiento. Un resultado negativo no significa que usted no tiene cáncer. Un resultado negativo significa que usted debería ser examinado anualmente. Usted debería hablar con su doctor acerca de las recomendaciones de la Sociedad Americana de Cáncer (American Cancer Society) con respecto a los exámenes colorectales para detem1inar mejor cuan frecuentemente debería ser examinado.

Autorización para Divulgar Información- Por este medio, autorizo la divulgación de los resultados de mi examen de materia fecal; de la información incluida en mi formulario de inscripción y de los exámenes relacionados recomendados, al centro donde se realizan los exámenes y a mi doctor. La Sociedad Americana de Cáncer está participando en la campana comunitaria de concientización solo con finalidades estadísticas y educativas. Esta información, como también la identidad del paciente y el médico, se mantendrá estrictamente confidencial y será usada solo con finalidades estadísticas por East Central Colon Cancer Prevention Coalition y por el Programa de Detección de Cáncer de Colon de Nebraska. AI que reciba la información de este paciente, se le prohíbe la divulgación de información a cualquier otra parte y se le requiere que destruya la información una vez que dicha información ya no es necesaria.

Firma del cliente: _____ Fecha: ____/____/____