

**BCCCNP ENROLLMENT FORM**

To be completed by  
Clinic Staff:  
 New Patient  
 Returning Patient

Inscripción/Clinica Sitio: \_\_\_\_\_ Inscripción Fecha: \_\_\_\_\_

CLIENTE CONTACTO INFORMACIÓN – Por favor Imprimir					
Apellido *		Primer Nombre *		M.I.	
Apellido de Soltera		Fecha de Nacimiento *			
Seguridad Social # (.se utiliza sólo para el pago de facturación):					
identidad de género	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Prefieren no contestar <input type="checkbox"/> Otros _____				
Dirección de la calle		Apt. #		Apartado postal	
Ciudad		Estado *		Código postal	
Condado *			Preferido Lengua		
Teléfono *	( )	Ext.	* <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Otro _____		
Otro teléfono	( )	Ext.	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Otro _____		
Correo electrónico Dirección					
<b>COMENTARIOS</b>					
*RAZA Y ETNIA "Seleccione Todos Que Aplicar"					
eres hispano o Latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Prefieren no contestar					
<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Desconocido/no contestó <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano/otro isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Árabe/Medio Oriente <input type="checkbox"/> Prefieren no contestar <input type="checkbox"/> Otros					
<b>BARRERAS IDENTIFICADO</b>					
<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> problemas para programar citas <input type="checkbox"/> ningún proveedor de atención médica <input type="checkbox"/> conseguir tiempo libre de trabajo <input type="checkbox"/> problemas de seguro <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> problemas de cuidado familiar <input type="checkbox"/> Educación en el cribado <input type="checkbox"/> Otros _____					
<b>DEMOGRAFÍA</b>					
nivel de educación: <input type="checkbox"/> menos que la escuela secundaria <input type="checkbox"/> Graduado de la escuela secundaria <input type="checkbox"/> Algo de Universidad <input type="checkbox"/> graduado universitario <input type="checkbox"/> Prefieren no contestar					
Estado de relación: <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separados <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viuda <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> _____					
estatus de empleo: <input type="checkbox"/> A tiempo Completo <input type="checkbox"/> No empleado <input type="checkbox"/> a tiempo parcial <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Prefieren no contestar <input type="checkbox"/> Otros _____					
<b>* MIEMBROS DEL HOGAR Y LOS INGRESOS (DEBEN COMPLETARSE PARA LA ELEGIBILIDAD DEL PROGRAMA)</b>					
* Ingresos Anuales del Cliente		* Número de personas que apoyan el ingreso anual del cliente (incluido el cliente)			
<b>PROVEEDOR (PRIMARIA CUIDADO) INFORMACIÓN</b>					
¿tiene un proveedor de atención primaria regular (médico/enfermera practicante/clínica) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí – Rellene la información a continuación. ¿podemos enviar los resultados de sus pruebas a sus proveedores de atención primaria <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Otros					
nombre del proveedor:		Dirección del proveedor:			
<b>Seguro Información (bring ALL cards with you) - Please fax copy of card to program &amp; retain in patient medical record</b>					
<input type="checkbox"/> Ninguno		<input type="checkbox"/> Se refiere a <b>HMP/Medicaid Expansión</b>		<input type="checkbox"/> Se refiere a <b>ACA Mercado Seguro</b>	
¿cómo aprendiste del programa? <input type="checkbox"/> médico de atención primaria <input type="checkbox"/> TV/Radio <input type="checkbox"/> familia/amigo <input type="checkbox"/> 2-1-1 Sitio web <input type="checkbox"/> Otros _____					

**BCCCNP MEDICAL HISTORY &  
RISK ASSESSMENT FORM**

Patient Name: \_\_\_\_\_ Enrollment Date: \_\_\_\_\_

<b>MEDICAL HISTORY</b> <i>(Clinician must Review this Section with Client)</i>			
<b>BREAST EXAM HISTORY</b>			
Previous Mammogram? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes: Date: mm / dd / yyyy	Previous Clinical Breast Exam (CBE)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes: Date: mm / dd / yyyy	Previous Breast Biopsy? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes: Date: mm / dd / yyyy	
<b>BREAST CANCER RISK</b>			
Client at <b>high risk</b> for breast cancer if <u>any of the following is checked</u> : <input type="checkbox"/> Personal history/Family Member with BRCA/another gene mutation <input type="checkbox"/> Personal lifetime risk of $\geq 20\%$ or $> 1.7\%$ (Gail model) based on risk assessment models <input type="checkbox"/> Radiation treatment to the chest between ages 10-30 <input type="checkbox"/> History of atypical hyperplasia or Lobular carcinoma in situ <input type="checkbox"/> Personal/family history of genetic syndromes (Li-Fraumeni syndrome) <input type="checkbox"/> Other: _____		Client at high risk for breast cancer? <input type="checkbox"/> <b>YES</b> (Screening mammogram and Screening MRI – preapproval required) <input type="checkbox"/> <b>NO</b> (Mammogram Only) <input type="checkbox"/> Not Assessed/Unknown (Mammogram Only)	
<b>CERVICAL TEST HISTORY</b>			
Previous Pap Test? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes: Date: mm / dd / yyyy		Previous HPV Test? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes: Date: mm / dd / yyyy	
History of Hysterectomy? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes: Date: mm / dd / yyyy	Reason for Hysterectomy? <input type="checkbox"/> Pre-cervical cancer <input type="checkbox"/> Cervical cancer <input type="checkbox"/> Other: _____	Do you have a cervix? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown	
<b>CERVICAL CANCER RISK</b>			
Client at <b>high risk</b> for cervical cancer if <u>any of the following is checked</u> : <input type="checkbox"/> Prior history of CIN 2, CIN 3, or cervical cancer <input type="checkbox"/> Prior DES exposure <input type="checkbox"/> Immunosuppression for other causes <input type="checkbox"/> HIV/AIDS infection <input type="checkbox"/> Organ transplantation <input type="checkbox"/> Other: _____		Client at high risk for cervical cancer? <input type="checkbox"/> <b>YES</b> (Pap test (alone) annually for 3 years. If normal, then Pap/HPV Co-test every 3 years) <input type="checkbox"/> <b>NO</b> (Regular screening) <input type="checkbox"/> Not Assessed/Unknown (Regular screening)	
<b>PERSONAL CANCER HISTORY</b>			
<input type="checkbox"/> BREAST Cancer: Year Diagnosed: _____		<input type="checkbox"/> COLORECTAL Cancer: Year Diagnosed: _____	
<input type="checkbox"/> CERVICAL Cancer: Year Diagnosed: _____		<input type="checkbox"/> OTHER Cancer: Year Diagnosed: _____	
<input type="checkbox"/> OVARIAN Cancer: Year Diagnosed: _____			
<b>FAMILY HISTORY OF CANCER</b>			
Have any of your relatives been diagnosed with breast, cervical, ovarian, and/or colorectal cancer? <input type="checkbox"/> Yes <i>(Complete information below)</i> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown			
<b>Relationship1:</b> <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Sister <input type="checkbox"/> Grandmother <input type="checkbox"/> Aunt <input type="checkbox"/> Daughter <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Brother <input type="checkbox"/> Grandfather <input type="checkbox"/> Uncle <input type="checkbox"/> Son			
<b>Relation Type1:</b> <input type="checkbox"/> Maternal <input type="checkbox"/> Paternal		Age: _____	<b>Cancer Type1:</b> <input type="checkbox"/> Breast <input type="checkbox"/> Cervical <input type="checkbox"/> Ovarian <input type="checkbox"/> Colorectal
<b>Relationship2:</b> <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Sister <input type="checkbox"/> Grandmother <input type="checkbox"/> Aunt <input type="checkbox"/> Daughter <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Brother <input type="checkbox"/> Grandfather <input type="checkbox"/> Uncle <input type="checkbox"/> Son			
<b>Relation Type2:</b> <input type="checkbox"/> Maternal <input type="checkbox"/> Paternal		Age: _____	<b>Cancer Type2:</b> <input type="checkbox"/> Breast <input type="checkbox"/> Cervical <input type="checkbox"/> Ovarian <input type="checkbox"/> Colorectal
<b>TOBACCO HISTORY</b>			
Do you use any tobacco or smokeless tobacco products? <input type="checkbox"/> Every Day <input type="checkbox"/> Some Days <input type="checkbox"/> Not At All			
Interested in quitting tobacco? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> I Don't use Tobacco		Michigan Tobacco QuitLine Referral (FAX sent) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>(to be completed by the clinic)</i>	