



SCREENING and DIAGNOSTIC ASSISTANCE REQUEST FORM

DEMOGRAPHIC INFORMATION/ Información demográfica:

NAME/Nombre: \_\_\_\_\_
BIRTHDATE/Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Age/Edad: \_\_\_\_\_
ADDRESS/Dirección: \_\_\_\_\_
City/Ciudad State/Estado ZIP Code/Código Postal
PRIMARY Language Spoken/ Idioma preferible: English/ Ingles \_\_\_ Spanish/Español \_\_\_ Other/Otro \_\_\_
EMAIL: \_\_\_\_\_
PHONE NUMBER/Numero de teléfono: \_\_\_\_\_
BEST WAY TO REACH YOU/ Mejor forma de comunicar con usted? EMAIL CALL/Llamar TEXT
OTHER/otro: \_\_\_\_\_
REFERRING PHYSICIAN/Doctor refiriendo: \_\_\_\_\_ PHONE \_\_\_\_\_
What is your county of residence? /En que condado vive?
Washington \_\_\_ Benton \_\_\_ Sebastian \_\_\_ Madison \_\_\_ Other/otro \_\_\_\_\_
How long have you lived in Arkansas? /Cuanto tiempo has vivido en Arkansas? \_\_\_\_\_
Please circle your ethnicity/ Por favor marque su origen étnico: Caucasian/Caucáseo Hispanic/Latino African American/Africano Americano Asian American/Asiático Americano

INCOME INFORMATION/Informacion financiera:

What is your estimated monthly household income?/Cual es su estimado de ingreso mensual? \$ \_\_\_\_\_
You/usted: Full-time/tiempo complete Part time/medio tiempo
Place of Employment/ Lugar de empleo: \_\_\_\_\_
Other household members/otros miembros del hogar: Full-time/tiempo complete Part time/medio tiempo
Place of employment/ lugar de empleo \_\_\_\_\_
How many household members living at home? /Cuántos miembros viven en su casa? \_\_\_\_\_
How many dependent children living at home?/Cuántos hijos dependientes viven en su casa? \_\_\_\_\_
Do you have health insurance?/Usted tiene seguro medico? YES/Si \_\_\_ NO/No \_\_\_
If yes, list carrier/Si tiene, con qué compania? \_\_\_\_\_
Annual deductible?/ Cual es su deducible anual? \_\_\_\_\_
Do you have Medicare/ Medicaid?/Usted tiene Medicare/ Medicaid? YES/Si \_\_\_ NO/No \_\_\_

## HEALTH INFORMATION/Informacion de su salud:

**Are you currently experiencing breast problems or pain? /Usted tiene dolor o problemas en sus senos?**

**YES/Si** \_\_\_\_\_ **NO/No** \_\_\_\_\_

**If Yes, please describe, i.e. type of problem, which breast/ Si su respuesta es sí, por favor descríbanos el tipo de problema y en que seno lo está teniendo:** \_\_\_\_\_

**Left/Izquierdo** \_\_\_\_\_ **Right/Derecho** \_\_\_\_\_ **Both/Los dos** \_\_\_\_\_

**Do you have breast implants/Tiene usted implantes de seno? YES/Si** \_\_\_\_\_ **NO/No** \_\_\_\_\_

**Do you have a family history of breast cancer?/ ¿Usted tiene antecedentes familiares de cáncer de seno?**

**Yes/Si** \_\_\_\_ **No/No** \_\_\_\_

**Have you ever had a previous mammogram or breast ultrasound?/Usted ha tenido anteriormente un mamograma o un ultrasonido de seno? YES/ Si** \_\_\_\_\_ **NO/No** \_\_\_\_\_

**If yes/ Si es si: Month and year/Mes y año** \_\_\_\_\_

**Clinic/Hospital Name/Nombre de la Clínica u Hospital?**

**City and State/ Ciudad y Estado:** \_\_\_\_\_

**PLEASE NOTE:** You may qualify for a program called **Arkansas BreastCare**, if you meet certain eligibility criteria. This is a state-funded program that is provided through the Arkansas Department of Health. Services include Pap smear, mammography, breast imaging and other breast and cervical diagnostic services.

**Por favor note:** Usted puede calificar para un programa llamado **Arkansas BreastCare**, si cumple con ciertos criterios de elegibilidad. Este es un programa estatal que se da a través del Departamento de Salud de Arkansas. Los servicios incluyen Papanicolaou, mamografía y otros exámenes de diagnóstico de los senos y cervical.

### **PLEASE READ AND SIGN**

I understand the *No Excuses* Program provides financial assistance for those uninsured or under-insured and not eligible for Medicare, Medicaid or Arkansas Breast Care. The information I have provided on this form is current and accurate. *Yo entiendo que el programa de No Hay Escusas da ayuda financiera para los que no tienen seguro medico o suficiente seguro medico y no son elegibles para programas estatales o federales. La informacion que yo he dado es corriente y preciso.*

Program funding is limited to imaging assistance for approved dates and services only. (This may include more than one imaging service, i.e., an ultrasound and mammogram). Any additional medical services indicated will be the responsibility of the individual. *Asistencia es limitada a los servicios aprobados (esto puede incluir mas de un servicio, por ejemplo ultrasonido y mamografia). Servicios adicionales indicados seran la responsabilidad del individuo.*

I understand that *No Excuses* may ask me to apply for BreastCare or other programs for which I may be eligible. *Yo entiendo que No Hay Escusas me pide que aplique para BreastCare o otro programa de que yo sea eligible.*

I authorize *No Excuses* staff to review the results of my imaging for data collecting and program reporting purposes ONLY. *Doy permiso que empleados de No Hay Escusas pueda averiguar los resultados de mis imagines para informes de programa y coleccion de informacion SOLAMENTE.*

**Signature** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

Please return to:

Cancer Support Home

488 E. Longview St.

Fayetteville, AR 72703

Phone: 479-404-2162

Fax: 479-404-2161

[cancersupporthome@wregional.com](mailto:cancersupporthome@wregional.com)