

PROGRAMA DE MAMOGRAFÍA GRATIS SOLICITUD DE CLIENTE

(SÓLO PARA USO DE OFICINA)

Apellido: _____ Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Fecha de Nacimiento: _____ N.º de Teléfono: _____

Numero de Seguro Social: _____

Por favor marque lo que sea aplicable para su aplicación:

- No puedo pagar una mamografía
- No tengo seguro medico
- Tengo seguro médico y todavía no puedo pagar una mamografía debido a los altos deducibles
- Tengo seguro medico y no cubre mamografías

Firma del Paciente: _____ Fecha/Hora: _____ / _____

- La información que proporcione en este formulario es correcta y deseo recibir una mamografía básica gratuita y lectura a través de Teton Valley Health Care.

Información de Contacto: _____ N.º de Teléfono: _____
en caso de Emergencia

Toda la información proporcionada es confidencial.

OPCIONAL

¿Qué idioma prefiere?

- Inglés
- Español

¿Cómo se enteró de este programa?

(Por favor marque todos los que apliquen)

- Proveedor de atención de salud
- Distrito de Salud 7
- Evento comunitario/Feria de salud
- Radio/Periódico
- Sitio web
- Amigo/Pariente
- _____

¿De qué raza se considera?

- Blanco
- Hispano
- Afroamericano
- Asiático
- Isleño del Pacífico o Nativo Americano
- Nativo americano o nativo de Alaska
- Prefiero no decirlo
- _____

Solo para uso interno:

- Client meets requirements
- Mammo scheduled for: _____
- Paperwork routed to TVH & Billing