

Client Identification

Program # _____ Last name _____ Enrollment Date ____/____/____
 ID # _____ First Name _____ Middle Initial _____



Antecedentes médicos de la paciente

- 6. ¿Ha padecido cáncer de mama?
 1. Sí 2. No 3. No sabe/ No está segura
- 7. ¿Su madre, abuela, tía, hermana o hija han padecido cáncer de mama?
 1. Sí 2. No 3. No sabe/ No está segura

8. ¿Se ha sometido a una histerectomía?

- 1. Sí
- 2. No
- 3. No sabe/ No está segura

8a. ¿Debido a cáncer de cuello de útero? 1. Sí 2. No 3. No sabe/ No está segura

8b. ¿Cuello de útero presente? 1. Sí 2. No 3. No sabe/ No está segura

Antecedentes de tabaquismo de la paciente

- 9. ¿Fuma? Incluye cigarrillos, pipas o habanos (tabaco fumado de cualquier forma)
 1. Fumadora actual
 2. Dejó (hace 1 a 12 meses)
 3. Dejó (hace más de 12 meses)
 4. Nunca fumó

10. ¿Aproximadamente cuántas horas pasa por día en la misma habitación o vehículo que alguien que fuma?

____ Horas
 Menos de una
 Ninguna

A ser completado por el Coord. del programa: (de 1 a 3, marque todas las que correspondan)

11. Paciente:
- 1. Derivación por fax a una línea para dejar de fumar proactiva (marque sólo a o b):
 - a. Firmada por la participante
 - b. Se brindó confirmación verbal
 - 2. Se derivó a un programa para dejar de fumar de la comunidad local
 - 3. Se proporcionó información de contacto de línea para dejar de fumar
 - 4. No se derivó a una línea para dejar de fumar ni a un programa comunitario para dejar de fumar, ni se proporcionó información de contacto de línea para dejar de fumar
 - 5. Rechazó cualquier derivación o información