



Solo para uso de oficina:
Date: _____
Location/County: _____
CHW: _____
Participant ID: _____
Kit Sticker: _____

## Preguntas de Elegibilidad:

Nombre (Nombre Segundo Nombre Apellido)					
Fecha de Nacimiento:		Cual es su Raza: (circule todo lo que cotesponda)			
Edad:	Genero:	Blanco	Negro/Afroamericano	Islena de pacifico/Asiatico	
		India Americana/Nativa de Alaska	Otro: _____		
Eres Hispano o Latino?		Idioma preferido:		Licencia de conducir valida de T	
Si	No	Ingles	Espanol	Otro: _____	Si No
Direccion de envio:			Ciudad/Estado/Codigo Postal		Condado de Residencia:
Correo Electronico:			Numero de telefono:		Estas Casado o vives una pareja? Si
Contacto de Emergencia:			Telefono:		
En que Paiz Naciste? (un circulo)			Cuanto tiempo has vivido en los Estados Unidos?		
Estados Unidos		Mexico	Otror: _____		
Estas trabajando? (un circulo)		Tiempo completo	Tiempo parcial	Desemplea	
Mayor Nivel de Educacion completado:		Tienes seguro Medico?		Para alguien de tu edad, como calificarias tu salud?	
		Si	No	Bueno	Excelente Muy Bueno Justa Mal o pobre
Ingresos del hogar (encierre en un circulo la mejor respuesta):					
1 - Less than \$10,000		2 - \$10,000 - \$15,000		3 - \$15,000 - \$20,000	
4 - \$20,000 - \$25,000		5 - \$25,000 - \$35,000		6 - \$35,000 - \$50,000	
7 - \$50,000 - \$75,000		8 - \$75,000 o mas		No se Prefiero no respondi	

Eligibility Form updated 12/202

## Preguntas de Admision:



consultas, procedimientos, tarifas de hospital, y serugia y tratamientos necesitados después que recibo mi diagnostico final.

Reconozco que estoy firmando esta declaracion voluntariamente y no estoy firmando bajo coacción, o después de que los servicios hayan sido provistos. Entiendo que al firmar esta formulario, sere completamente responsable de mi atención medica. Igual entiendo que es mi eleccion tener otros servicios recomendados por me proveedor de atencion medica y otras opciones de acceso a la atencion medica proporcionadas por esta organización.

## Divulgacion de informacion medica:

Yo, \_\_\_\_\_, al firmar esta formularion, autorizarle a divulgar informacion confidencial sobre mi salud a Get FIT to Stay Fit. Tambien autorizo Get FIT to Stay Fit divulgar informacion confidencial sobre mi a otros proveedores de servicios medicos, segun sea necesario, con respeto a mi diagnostico y tratamiento para continuar con mi atencion medica.

**Las limitaciones de la información que puede publicare sujeto a esta publicacion de este Formulario de publicación son las siguientes:**

---

---

---

He leído esta autorizacion o me han leído esta autorizacion. Entiendo y acepto su contenido.

Me han informado que puedo revocar esta autorizacion mediante una declaración por escrito en cualquier momento.

\_\_\_\_\_  
(Firma del Paciente o representante legal)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Testigo)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)



CANCER PREVENTION & RESEARCH  
INSTITUTE OF TEXAS

Eligibility Form updated 12/202

-  
-  
-  
-

exas:

e

con

No

do

e

er

No se
No
No
—
No
—

