

## De Casa **3** Re-Screening Participant

Current Date: \_\_\_\_\_

Participant Name: \_\_\_\_\_

Previous ID: DC3-\_\_\_\_\_

Previous Eligibility Date: \_\_\_\_\_

Previously Screened:  Yes  No



De Casa En Casa

CERVICAL CANCER PREVENTION  
Texas Tech University Health Sciences Center El Paso

**DE CASA ELIGIBILITY COVER PAGE**

Site: \_\_\_\_\_  
Date: \_\_\_\_\_

Promotora Name: \_\_\_\_\_  
Start Time: \_\_\_\_\_

Participant Name: \_\_\_\_\_  
End Time: \_\_\_\_\_

|  |  |   |   |   |  |  |  |   |   |
|--|--|---|---|---|--|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Screening</b>      | <input type="checkbox"/> Service Consent | Education Completed<br><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Education Leaflet<br><input type="checkbox"/> Doctor & Insurance List<br><input type="checkbox"/> Process Letter | Pap Scheduled<br><b>Appt. Date/Time:</b><br>_____ / _____<br><br><b>Originally BCCS Eligible:</b><br><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No<br><br><b>Taxi?</b><br><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Randomization ID: _____<br><br><table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> Group</td> <td style="width: 50%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> Individual</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Survey<br/><input type="checkbox"/> IRB Consent?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> No Survey</td> </tr> </table> | <input type="checkbox"/> Group   | <input type="checkbox"/> Individual      | <input type="checkbox"/> Survey<br><input type="checkbox"/> IRB Consent?        | <input type="checkbox"/> No Survey  |
|  |  |   |   |   |  | <input type="checkbox"/> Group   | <input type="checkbox"/> Individual      |   |   |
|  |  |   |   |   |  | <input type="checkbox"/> Survey<br><input type="checkbox"/> IRB Consent? | <input type="checkbox"/> No Survey       |   |   |
|  |  |   |   |   |  | <input type="checkbox"/> <b>BCCS referral</b>                            | <input type="checkbox"/> Service Consent | Education Completed<br><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Education Leaflet<br><input type="checkbox"/> Doctor & Insurance List<br><input type="checkbox"/> Process letter |
|  |  |   |   |   |  | <input type="checkbox"/> <b>Navigation</b>                               | <input type="checkbox"/> Service Consent | Education Completed<br><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Education Leaflet<br><input type="checkbox"/> Doctor & Insurance List<br><input type="checkbox"/> Process letter |
| <input type="checkbox"/> <b>Education Only</b> | <input type="checkbox"/> Service Consent | Education Completed<br><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Education Leaflet<br><input type="checkbox"/> Doctor & Insurance List<br><input type="checkbox"/> Process letter |   |  |  |  |   |   |
| <input type="checkbox"/> <b>Incomplete</b>     | <input type="checkbox"/> Service Consent | Education Completed<br><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |   |   |  |  |  |   |   |

*Data Entry Use Only: Participant ID \_\_\_\_\_*

**DE CASA ELIGIBILITY COVER PAGE**

**Si, estoy de acuerdo en contestar las preguntas para ver si soy elegible para la encuesta. \_\_\_\_\_ (iniciales)**  
**Si usted no desea contestar las preguntas no continuaremos. Gracias por su tiempo.**

**e1.** Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

**e2.** ¿Que lenguaje prefiere?

|          |           |         |
|----------|-----------|---------|
| ① Inglés | ② Español | ③ Ambos |
|----------|-----------|---------|

**e3.** ¿Usted es ?

|         |   |
|---------|---|
| ① Mujer | ② Hombre<br><small>[STOP – education only - go to service consent/intake]</small> |
|---------|---|

**e4.** ¿Que edad tiene?

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| Fecha de Nac: ____ / ____ / ____ | Edad: _____  |
| ① Entre 21 y 65 años             | ② Menos 21 años/más de 65<br><small>[STOP – education only - go to service consent/intake]</small> |

**e5.** ¿Usted vive en Texas?

|      |   |
|------|---|
| ① Sí | ② No<br><small>[STOP – education only - go to service consent/intake]</small> |
|------|---|

**e6.** El cáncer de cérvix es el cáncer del cuello de la matriz o del útero.  
¿Usted ha tenido cáncer de cérvix?

|      |   |
|------|---|
| ② No | ① Sí<br><small>[STOP – navigation - go to service consent/intake]</small> |
|------|---|

**e7.** La hysterectomía es una cirugía mayor que requiere de anestesia en la cual el doctor quita la matriz o el útero y ya no puede tener hijos .  
¿Le han realizado a Usted la hysterectomía?

|      |   |
|------|---|
| ② No | ① Sí<br><small>[STOP – navigation - go to service consent/intake]</small> |
|------|---|

**e8.** ¿Tiene Usted alguna de las siguientes aseguranzas ? : Medicare, Medicaid, Commercial o Aseguranza a través del trabajo, otros como health care options, o Charity Care Program?

|   |  |
|---|--|
| g. Charity care (discount program; sliding scale; person pays out of pocket; esto esta disponible en Centro San Vicente, La Fe, Project Vida, etc.) | a. Medicare<br>b. Medicaid<br>c. Privada/aseguranza del trabajo<br>d. Otra aseguranza de salud<br>e. Health care options (UMC)<br>f. ACA (Obamacare) |
| h. No aseguranza  |  |

**e9.** La prueba de papanicolaou es un exámen de rutina para la mujer, en la cual el doctor examina el cérvix, toma una muestra de las células del cérvix usando un hisopo o cepillo y lo envía al laboratorio .  
Cuando se realizó su último papanicolaou?

|   |  |   |
|---|--|---|
| Fecha: ____ / ____ / ____   |  |   |
| <table border="1"> <tr> <td> <b>0.</b> Nunca me lo hecho<br/> <b>4.</b> Hace 3 ó 4 años<br/> <b>5.</b> Hace más de 5 años                 </td> <td> <b>1.</b> Menos de 1 año<br/> <b>2.</b> De 1 a 2 años<br/> <b>3.</b> 2 to 3 years                 </td> </tr> </table> | <b>0.</b> Nunca me lo hecho<br><b>4.</b> Hace 3 ó 4 años<br><b>5.</b> Hace más de 5 años | <b>1.</b> Menos de 1 año<br><b>2.</b> De 1 a 2 años<br><b>3.</b> 2 to 3 years |
| <b>0.</b> Nunca me lo hecho<br><b>4.</b> Hace 3 ó 4 años<br><b>5.</b> Hace más de 5 años  | <b>1.</b> Menos de 1 año<br><b>2.</b> De 1 a 2 años<br><b>3.</b> 2 to 3 years            |   |

**e10.** ¿Alguna vez ha tenido una prueba de Papanicolaou que era anormal?

|                   |
|-------------------|
| ② No              |
| ① Sí Fecha: _____ |

**e11.** El Virus de papiloma humano o VPH es una prueba para comprobar si hay un virus que puede causar cáncer cervical. Los doctores pueden detectar el VPH en el momento de la prueba de Papanicolaou.  
¿Alguna vez le ha dicho un doctor que usted tiene la infección VPH?

|                   |
|-------------------|
| ② No              |
| ① Sí Fecha: _____ |

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <b>PROMOTORA:</b><br><b>GO WITH HIGHEST NUMBER ELIGIBILITY</b> | <b>① "Possibly screening eligible"</b><br><i>[continue next page]</i> | <b>② "Education"</b><br><i>[go to service consent]</i> | <b>③ "Navigation"</b><br><i>[go to service consent form]</i> |
|--|---|--|--|

## DE CASA ELIGIBILITY COVER PAGE

Si su ingreso califica para el programas del estado para la detección del cáncer cervical, estamos obligados a referirla a usted allí primero para la prueba sin costo. Para ver si usted califica necesito hacerle preguntas acerca de su ingreso familiar.

**¿Cuántas personas viven en su hogar?  
¿Cuánto dinero gana que cada persona?**

[Incluyendo: cheques del gobierno; dinero del trabajo; dinero que obtenemos de cuarto y comida; regalos en efectivo, prestamos, o aportaciones de rentas de padres, parientes, amigos y otros; los ingresos de patrocinador; donaciones o prestamos de la escuela; manutención de los hijos y desempleo.]

|              | Nombre de la persona que recibe el dinero | Cantidad | Con que frecuencia recibe?<br>(diario, semanal, quincenal, mensual, dos veces al mes) | Total Mensual |  |
|--------------|---|----------|---|---------------|--|
|              |   |          |   |               |  |
|              |   |          |   |               |  |
|              |   |          |   |               |  |
|              |   |          |   |               |  |
| <b>TOTAL</b> |   |          |   |               |  |

| Tamaño de la familia | Ingreso familiar máximo bruto anual | Ingreso familiar bruto mensual máximo | El ingreso es igual o menor que el máximo | El ingreso es más de la máxima |
|----------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|---|--------------------------------|
| 1 Persona            | \$22,980                            | \$1,945                               |   |                                |
| 2 Personas           | \$31,020                            | \$2,622                               |   |                                |
| 3 Personas           | \$39,060                            | \$3,299                               |   |                                |
| 4 Personas           | \$47,100                            | \$3,975                               |   |                                |
| 5 Personas           | \$55,140                            | \$4,652                               |   |                                |
| 6 Personas           | \$63,180                            | \$5,329                               |   |                                |
| 7 Personas           | \$71,220                            | \$6,005                               |   |                                |
| 8 Personas           | \$79,260                            | \$6,682                               |   |                                |

If there is an , participant might be eligible for BCCS Navigation.

Will the participant be able to provide all documentation?

Yes → BCCS Eligible

No → De Casa Screening Eligible Go to Service Consent/Intake Form

If there is an , participant is eligible for Screening

[Go to Service Consent Form/Intake Form](#)

## DE CASA INTAKE / RISK FACTOR SURVEY

| Intake  |  |           |   |                   |             |
|---|--|-----------|---|-------------------|-------------|
| i1. ¿Tiene un doctor a donde va regularmente?                                   | ① Sí   |           | ② No <b>[pase a i7]</b>   |                   |             |
| i2. Nombre del Médico   |  |           |   |                   |             |
| i3. Nombre de la Clínica  |  |           |   |                   |             |
| i4. Teléfono  |  |           |   |                   |             |
| i5. Domicilio   |  |           |   |                   |             |
| i6. Especialidad  |  |           |   |                   |             |
| i7. ¿Cuál es el nivel académico más alto que ha completado en cualquier país?   | Ninguno: 0<br>Primaria: 1 2 3 4 5<br>Secundaria: 6 7 8<br>Diploma/GED/Preparatoria: 9 10 11 12 |           | Universidad incompleta: 13<br>Carrera Técnica: 14<br>Colegio: 15<br>Título de Postgrado: 16 |                   |             |
| i8. ¿Origen étnico?   | ① Hispano / Latino<br>② No-Hispano / Latino  |           |   |                   |             |
| i9. ¿Cuál de las siguientes diría usted que es su raza?                         | ① Anglo<br>② Asiático<br>③ Afro-Americano  |           | ④ Indio Americano / Nativo de Alaska<br>⑤ Hawaiano Nativo / Isleño Pacifico                 |                   |             |
| i10. ¿Es casado(a) o vive con su pareja?  | ① Sí   |           | ② No  |                   |             |
| i11. ¿Cuál es su país de origen?  | ① Estados Unidos   | ② México  | ③ Otro: _____   |                   |             |
| i12. ¿Cuánto tiempo ha vivido en los Estados Unidos?                            | Años : _____   |           |   |                   |             |
| i13. ¿Está trabajando actualmente?  | ② No   |           | ① Medio Tiempo  | ③ Tiempo Completo |             |
| i14. ¿Alguna vez le ha recomendado su doctor hacerse el exámen de papanicolaou? | ① Sí   |           | ② No  |                   |             |
| i15. ¿Usted diría que para alguien de su edad, su salud en general es?          | ① Mala   | ② Regular | ③ Buena   | ④ Muy Buena       | ⑤ Excelente |
| i16. ¿Ha oído antes acerca del cáncer de cérvix?                                | ① Sí   |           | ② No  |                   |             |
| Historia Médica   |  |           |   |                   |             |
| i17. ¿Fecha de la última prueba de Papanicolaou?                                | Fecha: _____ mm/dd/yyyy  |           |   |                   |             |
| i18. ¿Alguna vez ha tenido una prueba de Papanicolaou anormal?                  | ② No   | ① Sí      | Fecha: _____  | ③ No se           |             |
| i19. ¿Alguna vez le han diagnosticado VPH?                                      | ② No   | ① Sí      | Fecha: _____  | ③ No se           |             |
| i20. ¿Recibió vacunas contra el VPH? [Gardasil o Cervarix]                      | ② Nunca  | ① 1       | ③ 2   | ④ 3               | ⑤ No se     |
| Ciclo Menstrual   |  |           |   |                   |             |
| i21. ¿Qué edad tenía cuando inició su ciclo menstrual?                          | Edad: _____  |           |   |                   |             |
| i22. ¿Cuándo comenzó su último ciclo menstrual?                                 | Fecha: _____ mm/dd/yyyy  |           |   |                   |             |
| i23. ¿Ha pasado por la menopausia?  | ① Sí   |           | ② No  |                   |             |

**DE CASA INTAKE / RISK FACTOR SURVEY**

**Historia Obstétrica**

|      |  |             |      |
|------|--|-------------|------|
| i24. | ¿Cuántos embarazos totales?                                      | #: _____    |      |
| i25. | ¿Cuántos de estos embarazos, se lograron?                        | #: _____    |      |
| i26. | ¿Estás embarazada actualmente?                                   | ① Sí        | ② No |
| i27. | ¿Qué edad tenía cuando tuvo relaciones sexuales por primera vez? | Edad: _____ |      |

**Historia Social**

|      |   |  |   |                                      |
|------|---|--|---|--------------------------------------|
| i28. | ¿Alguna vez ha fumado cigarrillos?                          | ① Nunca  | ② Pasado  | ③ Actualmente                        |
| i29. | ¿Método anticonceptivo?<br>[marque todo lo que corresponda] | <input type="radio"/> Píldora anticonceptiva<br><input type="radio"/> Tubos atados/Tubal<br><input type="radio"/> Condones<br><input type="radio"/> Depo Shot<br><input type="radio"/> Dispositivo anticonceptivo intrauterino | <input type="radio"/> Anillo anticonceptivo/vaginal<br><input type="radio"/> Parche<br><input type="radio"/> Implante/Norplant<br><input type="radio"/> Métodos naturales (rhythm)<br><input type="radio"/> Ninguna | <input type="radio"/> Otro:<br>_____ |

**Factores de Riesgo**

|      |  |          |         |         |
|------|--|----------|---------|---------|
| i30. | ¿Cuántos compañeros sexuales totales ha tenido?          | #: _____ |         |         |
| i31. | ¿Tiene relaciones sexuales con hombres, mujeres o ambos? | ① Hombre | ② Mujer | ③ Ambos |

## CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN EL PROGRAMA: De Casa En Casa

1. **¿Por qué se realiza este estudio?** Este programa espera reducir el efecto del cáncer cervical en el condado de El Paso través de la detección temprana y la prevención. Estamos invitando a las mujeres de 21 a 65 años de edad, residentes del condado de El Paso, y que no tienen seguro de salud. Su participación en este programa es completamente voluntaria.
  
2. **¿Qué ofrece el programa?** Esto depende de su elegibilidad. Usted puede tener derecho a uno o todos los servicios siguientes: (1) Educación sobre el cáncer cervical y prueba de detección para cáncer cervical ("**Educación**"); (2) Examen sin costo de detección de cáncer cervical ("**Prueba De Detección**"); (3) Asistencia con la programación de citas o identificación de servicios necesarios ("**Navegación**"); y (4) Referencia para elegibilidad para el programa de Breast and Cervical Cancer Program (**BCCS**) para la prueba de detección y prevención de cáncer cervical.
  
3. **¿Qué sucederá durante este programa?** (Sujeto a mi elegibilidad)
  - (a) **Si usted es elegible para la prueba de detección de cáncer,** calificara para una prueba de papanicolaou gratis. En caso de que su papanicolaou sea anormal, también necesitar una colposcopia. El navegador ayudará a programar un procedimiento de colposcopia sin costo. Como condición para su participación en este Programa, recibiremos y accederemos a sus informes de laboratorio de cualquier prueba realizada a través de nuestro Programa y le enviaremos a usted ya su médico personal todos los resultados siempre y cuando nos haya proporcionado su nombre y dirección. Su participación en este Programa y sus servicios puede interrumpirse si se obtiene nueva información o si cambian sus circunstancias.
  
  - (b) **Si la colposcopia indica un diagnóstico de cáncer, la atención médica y el tratamiento no están cubiertos por este Programa.** Nuestro navegador le ayudará en la identificación de programas y / o fondos para los cuales puede ser elegible. Sin embargo, no podemos garantizar que califique para ningún programa en particular. Como condición de su participación en este Programa, es posible que necesitemos su permiso para obtener información sobre cualquier tratamiento de seguimiento de su médico, para que podamos evaluar nuestro Programa.
    - **¿Está de acuerdo en recibir éstos servicios?** (Por favor marque uno)  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
  
    - **¿Le interesa que lo contacten en un futuro para otros programas o estudios para los que califique?**  
(Por favor marque uno)  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Entiendo si califico para la parte de **Educación** de este Programa solamente. Cada persona recibirá educación a través de un grupo o sesión individual y cada sesión durara aproximadamente 30 minutos. La educación será realizada por una promotora.

➤ **¿Está de acuerdo en recibir éstos servicios?** (Por favor marque uno)  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

➤ **¿Le interesa que lo contacten en un futuro para otros programas o estudios para los que califique?**  
(Por favor marque uno)  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Navegación.** Entiendo que califico para la parte de Navegación del Programa. Voy a recibir una sesión de educación, ya sea a través de un grupo o formato individual de una promotora que durará unos 30 minutos y el navegador se pondrá en contacto conmigo para obtener más información para ayudarme a obtener el seguimiento adecuado o para ver si califico para el De Casa En Casa o un programa similar que proporcione pruebas de papanicolaou sin costo alguno. **El tratamiento no está cubierto por el programa De Casa.** Nuestro navegador le ayudará en la identificación de programas y / o fondos para los cuales puede ser elegible. Sin embargo, no podemos garantizar que califique para ningún programa en particular. En el futuro podríamos necesitar su permiso para obtener información sobre su tratamiento de su médico, para que podamos evaluar el programa.

➤ **¿Está de acuerdo en recibir éstos servicios?** (Por favor marque uno)  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

➤ **¿Le interesa que lo contacten en un futuro para otros programas o estudios para los que califique?**  
(Por favor marque uno)  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**BCCS referencia.** Entiendo que califico para la porción de BCCS del Programa. Recibiré una sesión de educación a través de un grupo o un formato individual de una promotora que durará unos 30 minutos. Usted será referido al Programa BCCS y se pondrán en contacto con usted para una cita para ver si usted califica para el Programa BCCS y la prueba detección de papanicolaou. Nuestro navegador le ayudará en la identificación de programas y / o fondos para los cuales puede ser elegible. **Sin embargo, no podemos garantizar que califique para ningún programa en particular.** Es posible que necesitemos su permiso para obtener información sobre su elegibilidad, detección o tratamiento de su médico, para que podamos evaluar el programa.

➤ **¿Está de acuerdo en recibir éstos servicios?** (Por favor marque uno)  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

➤ **¿Le interesa que lo contacten en un futuro para otros programas o estudios para los que califique?**  
(Por favor marque uno)  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

- 4. ¿Cuánto tiempo necesitaré para recibir los servicios ofrecidos por el programa?** Tomará cerca de 30 minutos de su tiempo. La prueba de papanicolau requiere que usted asista a la cita que le es dada por el navegador. Si necesita una colposcopia, se necesita una hora para una entrevista con el navegador para explicar el procedimiento y se necesita un día para el procedimiento.
- 5. ¿Qué ocurre con la confidencialidad y la privacidad de mis registros médicos?** Su participación en este programa se mantendrá confidencial en la medida permitida por la ley. El patrocinador del programa, el Instituto de Investigación para la Prevención del Cáncer de Texas (CPRIT), puede revisar los registros de los programas, pero al patrocinador no se le permite eliminar o copiar la información que lo identifica a usted por su nombre.
- 6. ¿Quién está financiando el programa?**  
TTUHSC El Paso, Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria está proporcionando el espacio y materiales para este estudio. El Instituto de Investigación de la Prevención de Cáncer de Texas (CPRIT) está financiando este programa. Esto significa que TTUHSC-EP ha recibido apoyo financiero para llevar a cabo el programa.
- 7. ¿Puedo dejar de participar en el programa De Casa en Casa?** Usted puede abandonar el estudio en cualquier momento.
- 8. ¿Podría alguien interrumpir mi participación en el estudio?**  
En algunas circunstancias, los investigadores, TTUHSC-EP, o el patrocinador del programa De Casa En Casa podrían decidir interrumpir su participación en este estudio de investigación antes de lo previsto. Esto podría ocurrir debido a que sus servicios o fondos han sido limitados o que Usted ha dejado de ser elegible debido a la obtención de cobertura de salud, incluyendo Medicare/Medicaid, o a través de la ley de Cuidado de la Salud Asequible.
- 9.** Una copia de sus registros será mantenida por el Programa TTUHSC-EP De Casa En Casa. Si necesita copias, por favor llame al 915-215-5621

#### **Información de contacto para el programa**

También puede escribir a la Dra. to Dr. Jessica Calderon-Mora, Directora del Programa De Casa en Casa, Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria, 5001 El Paso Drive, El Paso, TX 79905

#### **Su firma indica que**

- Le han explicado este estudio de investigación;
- Le han dado la oportunidad de hacer preguntas;
- Usted acepta su responsabilidad de seguir las instrucciones dadas a usted por el equipo de investigación con respecto a las pruebas de detección de cáncer.
- Usted está de acuerdo en participar en este programa
- Usted certifica que la información que ha dado es verdadera y correcta. Usted entiende que al dar información falsa podría no calificar para recibir servicios.

**Se le entregará una copia firmada de este documento.**

\_\_\_\_\_  
Nombre del sujeto en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Firma de sujeto

\_\_\_\_\_  
Fecha Hora

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre/tutor o representante autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha Hora

\_\_\_\_\_  
Firma de testigo de la presentación oral

\_\_\_\_\_  
Fecha Hora

He hablado acerca de este estudio de investigación con el sujeto y su representante autorizado, utilizando un lenguaje comprensible y apropiado. Creo que he informado totalmente al sujeto sobre los posibles riesgos y beneficios, y creo que el sujeto ha comprendido esta explicación. Le he entregado al sujeto una copia de este formulario.

\_\_\_\_\_  
Firma del Promotora y teléfono

|                                    |   |                             |
|------------------------------------|---|-----------------------------|
| <b>C1.</b> Primer Nombre:          | <b>C2.</b> Segundo Nombre:  | <b>C3.</b> Apellido:        |
| <b>C4.</b> Domicilio:              | <b>C5.</b> Ciudad:  | <b>C6.</b> Estado:          |
| <b>C7.</b> Código Postal:          |   |                             |
| <b>C8:</b> Tel Casa:               | <b>C9:</b> Tel Celular:   | <b>C10.</b> Tel de Trabajo: |
|                                    | <b>Podemos mandarle mensaje por texto:</b><br><b>Si</b> ___ <b>No</b> ___ |                             |
| <b>C11.</b> Correo Electrónico:    | <b>C12.</b> Correo Electrónico Alt:                                       |                             |
| <b>C13.</b> Persona de Contacto 1: | <b>C14.</b> Teléfono:   | <b>C15.</b> Relación:       |
| <b>C16.</b> Persona de Contacto 2: | <b>C17.</b> Teléfono:   | <b>C18.</b> Relación:       |

## De Casa Education Session Form

Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha [Base de datos]: \_\_\_\_\_

Nombre de Personal: \_\_\_\_\_

Participante ID: \_\_\_\_\_

|  |  |                             |               |
|--|--|-----------------------------|---------------|
| 1. Nombre de la ubicación de la sesión                   |  |                             |               |
| 2. Dirección de la ubicación de la sesión:               |  |                             |               |
| 3. ¿Esta sesión fue una sesión individual o grupal?      | <input type="checkbox"/> Individual<br><input type="checkbox"/> Grupal | 3a. ¿Cuántos participantes? |               |
| 4. Inicio de la sesión:                                  | _____ : am/pm  | 5. Tiempo de finalización:  | _____ : am/pm |
| 6. ¿Todos los participantes completaron la intervención? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí                |                             |               |
| 7. Si la respuesta es no, tenga en cuenta la razón.      | Razón :  |                             |               |

| Ask the Participant                                    |   |  |
|--|---|--|
| <p>¿Qué cartas de barreras eligió el participante?</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Prefiero un doctor de sexo masculino</li> <li><input type="checkbox"/> Prefiero una doctora</li> <li><input type="checkbox"/> El personal de la clínica no habla español.</li> <li><input type="checkbox"/> No hay transporte</li> <li><input type="checkbox"/> Las horas de la clínica no son convenientes.</li> <li><input type="checkbox"/> No entenderé los resultados</li> <li><input type="checkbox"/> No tengo seguro</li> <li><input type="checkbox"/> Embarazoso</li> <li><input type="checkbox"/> Me siento nervioso / asustado.</li> <li><input type="checkbox"/> No confío en los médicos.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Las pruebas tardan demasiado.</li> <li><input type="checkbox"/> Falta de información. o Ya tenía uno.</li> <li><input type="checkbox"/> Mi pareja no quiere que lo haga.</li> <li><input type="checkbox"/> Las horas de la clínica no son convenientes.</li> <li><input type="checkbox"/> No tengo tiempo ni guardería.</li> <li><input type="checkbox"/> No lo necesito.</li> <li><input type="checkbox"/> Doloroso</li> <li><input type="checkbox"/> Otros: _____</li> </ul> |

| Para mí y mi familia, es importante que me haga una prueba de Papanicolau. Voy a:  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Mantenga mi cita para la prueba de Papanicolau.</li> <li><input type="checkbox"/> Llame si necesito volver a programar mi prueba de papanicolau.</li> <li><input type="checkbox"/> Hable con mi esposo / novio, un amigo, un familiar o la promotora sobre la importancia de hacerse una prueba de Papanicolau.</li> <li><input type="checkbox"/> Encuentre a alguien para cuidar a mis hijos (nietos).</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Que la promotora sepa que necesitaré transporte para mi cita.</li> <li><input type="checkbox"/> Llamaré a Esther Villegas al 915-215-5031, o Rosa Hernández al 915-215-5060, si no escucho del programa BCCS en 2 semanas.</li> <li><input type="checkbox"/> Voy a llamar al navegador De Casa al 915-215-5621 si no escucho de ellos en 2 semanas.</li> </ul> |

En una escala del 1 al 10...

¿Qué importancia tiene para hacerse la prueba de cáncer de la cerviz con una prueba de papanicolau?

1   |   2   |   3   |   4   |   5   |   6   |   7   |   8   |   9   |   10

¿Qué tan segura está de que puede ir a su cita de papanicolau?

1   |   2   |   3   |   4   |   5   |   6   |   7   |   8   |   9   |   10

## De Casa Screening Process Form

NUESTRO NAVEGADOR LE LLAMARÁ PARA PROGRAMAR ESTO EN LOS PRÓXIMOS DÍAS.

**Localización:** 9849 Kenworthy Street  
El Paso, Texas, 79924

**Fecha/Hora de su cita:** \_\_\_\_\_

Por favor llegue **30 minutos** antes de la cita.

### ¿Qué pasa si no puedo asistir?

Si no puede asistir a la cita, por favor llame al 915-215-5621 y vamos a volver a programar la cita.

### ¿Qué debo hacer si estoy en mi periodo?

La prueba no se puede hacer si usted está en su periodo. Si usted cree que va estar en su periodo, por favor llame **915-215-5621**, y vamos a reprogramar la cita.

### ¿Que si necesito transporte?

Si se necesita transporte, por favor digale a la promotora. Ella tendrá que decirle a la navegadora para arreglar esto.



### ¿Que sucederá durante la cita?

Cuando llegue vaya a la recepción a la derecha. Va a completar una forma y luego el medico llevara a cabo la prueba de Papanicolaou y la prueba de VPH si es necesario.

### ¿Qué pasa si tengo otras necesidades médicas?

El programa **no proporciona** los servicios para otros problemas médicos. Pueden encontrar otras clínicas que pueden ayudarle en la lista de recursos que le dieron.

### ¿Como puedo obtener los resultados?

Si el resultado es **normal**, le enviaremos una carta con una recomendación de cuando hacerse la prueba de nuevo.

Si el resultado es anormal, esto significa que usted puede tener algunos cambios en las células; esto no significa que usted tiene cáncer. Nos comunicaremos con usted para organizar el seguimiento de las pruebas para ver lo que está causando sus células anormales. Si no podemos comunicarnos con usted por teléfono, usted recibirá una carta certificada con resultados y instrucciones.

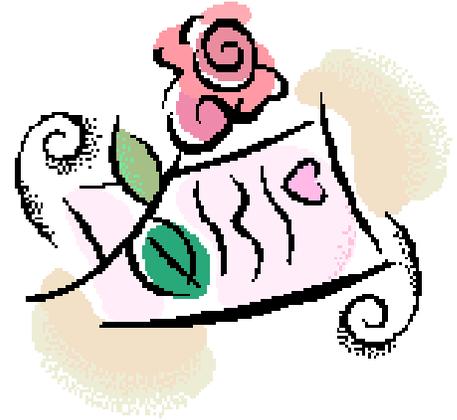
Si usted tiene alguna pregunta por favor llame al: **915-215-5621**.

Sinceramente,

**De Casa En Casa**

# Mi Promesa

**Es importante para mí y mi familia realizarme una prueba de Papanicolaou. Prometo hacer lo siguiente:**



- Mantener mi cita para la prueba de Papanicolaou.
- Voy a llamar al 915-215-5621 si tengo que reprogramar mi prueba de Papanicolaou.
- Hablaré con mi esposo/novio, amigo(a), un familiar, o la promotora sobre la importancia de hacerme la prueba de Papanicolaou.
- Encontraré a alguien que cuide a mis hijos (nietos).
- Avisaré a la promotora si voy a necesitar transporte para mi cita.
- Voy a llamar a Esther Villegas al 915-215-5031, o Rosa Hernandez al 915-215-5060, si no tengo noticias del programa BCCS en 2 semanas.
- Voy a llamar a la navegadora De Casa al 915-215-5621
- \_\_\_\_\_

**Prometo realizar estas acciones a mi familia y a mí misma.**

**Firmado por: \_\_\_\_\_**

# PRUEBA GRATIS de CÁNCER CERVICAL

## Para Calificar

- Mujer entre 21 y 65 años de edad.
- Tiene domicilio en Texas.
- No tiene seguro médico
- Nunca ha tenido cáncer cervical o una histerectomía.
- No se ha hecho Papanicolaou en los últimos 3 años.

## QUE PASARÍA:

- Usted tendría que acudir a una sesión donde una trabajadora comunitaria verificará si Usted califica para este programa (aprox. 15 minutos)
- Una trabajadora comunitaria tendrá una sesión educativa con Ud. para mostrarle datos básicos y creencias sobre el cáncer cervical (aprox. 30 min)
- Si Ud. califica se le dará una cita para realizarse la prueba del cáncer cervical sin costo.
- Si Ud. no califica para este programa usted puede ser referida a otro programa.

Estamos Ofreciendo Educación Y Pruebas Para Detectar Cáncer Cervical Sin Costo A Participantes Que Sean Elegibles.

Por Favor Llame Al 915-215-5621 Para Más Información.

DESCUBRA SI ES  
ELEGIBLE



LLAME PARA MÁS  
INFORMACIÓN



CHW Name &  
Phone Number

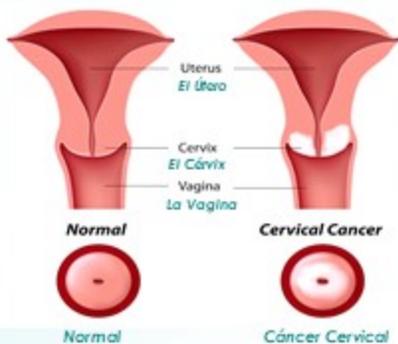


De Casa En Casa

CERVICAL CANCER PREVENTION  
Texas Tech University Health Sciences Center El Paso

## CERVICAL CANCER

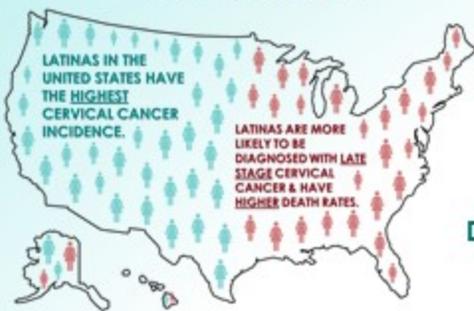
- Cervical cancer can take **many years** to develop.
- For this reason, it is important for all women to have pap tests **regularly**.



## CÁNCER CERVICAL

- El cáncer cervical puede tomar **muchos años** en desarrollarse.
- Es muy importante que todas las mujeres se hagan su Papanicolaou **regularmente**.

## WHO'S AT RISK



MOST FREQUENTLY  
DIAGNOSED IN WOMEN  
**35-54**  
YEARS OF AGE.

MÁS FRECUENTEMENTE  
DIAGNOSTICADOS EN MUJERES  
**35-54**  
AÑOS DE EDAD.

## ¿QUIÉN ESTÁ EN RIESGO?

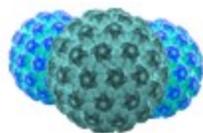


## CAUSES OF CERVICAL CANCER

**80%** of women will contract HPV in their lifetime. HPV types 16 & 18 are responsible for about **70%** of all cases.

Women who smoke are about **twice** as likely to develop cervical cancer as women who do not smoke.

Early age sexual activity, having multiple partners, or being with a partner who had or has multiple partners **increases** the risk.



## CAUSAS DEL CÁNCER CERVICAL

El **80%** de las mujeres contraerán el VPH en su vida. Los tipos de VPH 16 y 18 son responsables de aproximadamente el **70%** de todos los casos.

Las mujeres que fuman tienen cerca de **doblo** de desarrollar cáncer cervical que las mujeres que no fuman.

La actividad sexual a una edad temprana, tener múltiples parejas o estar con una pareja que tuvo o tiene múltiples parejas **aumenta** su riesgo.

## PREVENTION



**Vaccination** of young adolescents against **HPV** is safe and prevents cervical cancer.



Women aged **21 to 65** should have a Pap test every **3** years.



Women **30 to 65** have the option of getting tested every **5** years if they include HPV testing.

## PREVENCIÓN

La **vacunación** de adolescentes jóvenes contra el **VPH** es segura y previene el cáncer cervical.



Mujeres **21 a 65** años deben hacerse una prueba de Papanicolaou cada **3** años.



Mujeres de **30 a 65** años tienen la opción de hacerse la prueba cada **5** años si incluyen la prueba de VPH.



# Lista de Recursos

| Clínicas De Comunidad   |   |
|---|---|
| <p><b>Centro De Salud Familiar La Fe</b><br/> <b>Central:</b> 700 S. Ochoa. 915-545-4550<br/> <b>San Elizario:</b> 1313 San Antonio. 915-851-5519<br/> <b>Westway:</b> 1713 Banker. 915-231-4370<br/> <b>Lisbon:</b> 200 Lisbon. 915-778-9200</p> | <p style="text-align: right;"><b>Project Vida</b><br/> <b>Central:</b> 3612 Pera. 915-533-7057<br/> <b>Northeast:</b> 4875 Maxwell. 915-757-0038<br/> <b>Montana Vista:</b> 14900 Greg Dr. 915-857-2638<br/> <b>Ft. Hancock:</b> 561 Knox Ave. 915-769-1079<br/> <b>Sierra Blanca:</b> 498 E Walling St. 915-369-0038</p> |
| <p><b>Centro San Vicente</b><br/> <b>Alameda:</b> 8061 Alameda. 915-859-7545<br/> <b>San Eli:</b> 13017 Perico Rd. 915-851-0999<br/> <b>Homeless Program:</b> 1208 Myrtle Ave. 915-351-8972</p>   | <p style="text-align: right;"><b>El Paso Baptist Clinic</b><br/>                 2700 N. Piedras St.<br/>                 915-532-5398</p>  |
| <p><b>Adventist Family Clinic</b><br/>                 3379 Wedgewood Ste. A . 915-790-1038<br/>                 Call for clinic hours</p>  | <p style="text-align: right;"><b>RotaCare/Texas Tech</b><br/>                 301 Schutz<br/>                 915-790-0700</p>  |
| <p><b>TTUHSC Medical Student Run Clinic</b><br/>                 106 Peyton Rd.<br/>                 915-307-7999</p>   |   |
| Clínicas De Texas Tech  |   |
| <p><b>Texas Tech Northeast Family Medicine Clinic</b><br/> <b>Northeast:</b> 9849 Kenworthy St. 915-215-5500</p>  |   |
| <p><b>Texas Tech Medical Center OB/GYN</b><br/> <b>Central:</b> 4801 Alberta Ave. 915-215-5000</p>  |   |
| UNIVERSITY MEDICAL CENTER   |   |
| <p style="text-align: center;"><b>University Breast Care Center</b><br/>                 4801 Alberta Ave.<br/>                 Phone: 915-545-6400</p>   | <p style="text-align: center;"><b>University Medical Center</b><br/>                 4815 Alameda, Ave.<br/>                 Phone: 915-544-1200</p>  |
| <p style="text-align: center;"><b>University Medical Center-Ysleta</b><br/>                 Ysleta: 300 South Zaragoza Rd. 915-860 – 8820</p>   | <p style="text-align: center;"><b>University Medical Center-George Dieter</b><br/>                 1485 George Dieter Dr Suite 107. 915-790-5700</p>  |
| <p style="text-align: center;"><b>University Medical Center-East</b><br/>                 1521 Joe Battle Blvd<br/>                 Phone: 915-790-5700</p>   | <p style="text-align: center;"><b>University Medical Center-Fabens</b><br/>                 101 Potasio<br/>                 Phone: 915-790-5700</p>  |
| <p style="text-align: center;"><b>University Medical Center-West</b><br/>                 6600 North Desert Blvd.<br/>                 Phone: 915-790-5700</p>  | <p style="text-align: center;"><b>University Medical Center-Crossroads</b><br/>                 5021 Crossroads<br/>                 Phone:915-790-5700</p>   |

**DEL SOL WOMEN'S CENTER****East Locations**

12135 Montwood, Suite 110, 915-857-7521  
 2200 Lee Trevino, Bldg B., Suite 2A, 915-595-5461  
 800 N. Yarbrough, Suite F, 915-307-6530

**Lower Valley Locations**

10725 North Loop, Suite 102, 915-860-1001  
 8825 North Loop, Suite 102, 915-860-4987  
 7862 San Jose Rd., 915-629-2048

**Northeast Locations**

5587 Transmountain Rd., 915-759-0766  
 9201 Dyer, (915)757-2294

**West Locations**

5159 Mace, 915-875-0875  
 865 Resler, Suite D, 915-842-0100  
 6621 Doniphan, Suite C 915-877-7138

**Central/Downtown**

721 S.Mesa, 915-351-3537  
 5535 Alameda Ave. #B, 915-775-1220

**DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA****Preventive Medicine Clinic**

5115 El Paso Drive, Suite B, Clinic A  
 915-771-1200

**SEGURO DE SALUD DE CUIDADOS ASEQUIBLES****United Way of El Paso County**

100 N. Stanton, Ste. 500 Phone: 915-533-2434  
<http://www.unitedwayelpaso.org>

**National Urban League**

<http://nul.iamempowered.com/>

**AVANCE:** 915-351-2419

**Centro de Salud Familiar de Salud:**

915-545-7190

**Centro San Vicente Familiar de Salud:**

915-858-2932

**City of El Paso, Dept. of Public Health:** 2-1-1

**County of El Paso:** 915-546-2098

**EPISO-Border Interfaith:** 915-778-3200

**El Paso Hispanic Chamber of Commerce:**

915-566-4066

**Region 19 Head Start:** 915-790-4600

**Rio Grande Council of Government-Area**

**Agency on Aging:** 915-533-0998

**United Way of El Paso County:** 915-533-2434

**YWCA El Paso Del Norte Region:** 915-533-2311

**ASISTENCIA DE TRANSPORTE**

**Project Amistad-Medical Transportation Programs:**

1 (877)633-8747

**El Paso County Transit Program:**

(915) 532-3474

**Sunmetro:** (915)541-4000

<http://www.sunmetro.net/>

**Area Agency on Aging:**

(915)533-0338

## Lista de Recursos

### **Texas Women's Health Program Application Form**

Este programa ofrece seguro para la mujer de 18-44 años de edad, que no tienen seguro médico y tienen un ingreso bajo. Tienen que ser residentes de Texas y ser ciudadanos de los Estados Unidos o residentes legales. Para verificar si es elegible el paciente debe de ponerse en contacto con la Comisión de Salud y Servicios Humanos. La aplicación o información también se puede obtener vía telefónica o por internet.

1-866-993-9972

[www.hhsc.state.tx.us/womenhealth.htm](http://www.hhsc.state.tx.us/womenhealth.htm)

### **Breast and Cervical Cancer Services Program (BCCS)**

Este programa ofrece exámenes de mamas, mamografías, exámenes pélvicos y pruebas de Papanicolaou en forma gratuita o bajo costo (sin seguro o con seguro insuficiente); edad 40 a 64 años para la detección del cáncer de mama y de los servicios de diagnóstico; edad 21 a 64 años para los servicios de detección de cáncer cervical y de la edad de 18-64 años para la prueba diagnóstica de cáncer cervical. Para elegibilidad el paciente debe ponerse en contacto con el Departamento de Servicios Estatales de Salud de Texas.

1100 W. 49th Street

Preventive and Primary Care, MC PO Box 149347

Austin, Tx 79714-9347

(512) 776-7796

### **Social Security Disability Insurance**

Este programa ofrece seguro médico y hospitalario para las personas de 65 años o más; a las personas con discapacidad de menos de 65 años y más de 18 (debe comprobar su discapacidad con comprobante médico); que hayan trabajado y pagado impuestos al Seguro Social por más de 10 años consecutivos; y que sean residentes en los EEUU Social Security Disability Insurance.

700 San Antonio St. Or 11111 Gateway West

El Paso, TX 79901

1-800-772-1213

1-866-964-6229

### **Blue Cross –Blue Shield of Texas**

Este seguro es para las personas que tengan la posibilidad económica para comprar seguro médico, pero no califican para ser aseguradas por tener una condición pre-existente. Este programa llamado "Risk pool" es un programa patrocinado por el estado de Texas, que ayuda a las personas con historial de problemas médicos a obtener cobertura médica. Para enterarse si es elegible, llame a THIP por teléfono o envíe un correo electrónico.

Texas Health Insurance Pool

1-888-398-3927

TDD 1-800-735-2989 [texashealthpool@bcbstx.com](mailto:texashealthpool@bcbstx.com)

### **Pre-Existing Condition Insurance Plan (PCIP)**

El PCIP cubrirá varios beneficios de salud, incluyendo cuidado primario y de especialidad, cuidado hospitalario, y medicinas de receta. El PCIP ofrece varias opciones para ayudar a los pacientes y proveerles con cobros más económicos.

Pre-Existing Condition Insurance Plan (PCIP)

1-866-717-5826

TTY: 1-866-561-1604

Monday – Friday, 8 a.m. to 11 p.m., Eastern Time

### **University Medical Center of El Paso**

El hospital sin fines de lucro para la comunidad provee servicios médicos especializados aún cuando la persona no tenga posibilidad de pagar el costo. La asistencia financiera que brinda el hospital depende de los ingresos totales del hogar, el número de personas viviendo en el domicilio, y dónde viven. El programa de asistencia financiero necesita la siguiente información para determinar si alguien es elegible.

- ❖ Comprobante De Ingreso: La Forma IRS-W2 más reciente, la Forma 1040, y uno de los siguientes documentos: los 2 talones de pago más recientes, forma de desempleo/ o historial de trabajo u otro documento que indique ingreso anual, mensual, semanal, o por hora.
- ❖ Comprobante De Residencia: Licencia de manejo de Texas, el property tax statement o recibos de la renta, comprobantes de inscripción en la escuela, facturas de gas, luz, agua, etc., registro para votar, registro del automóvil, Identificación oficial que esté vigente, u otros documentos del Department of Human Services.
- ❖ **Numero De Familiares** - El número de dependientes en la forma 1040 verificará cuantas personas viven en el hogar.
- ❖ Las personas de 65 años o más serán referidos a la oficina del Seguro Social para solicitar servicio de Medicare. Las personas de
- ❖ 19 años o menos serán referidas a las oficinas de Medicaid/CHIP. Para ver si califica para recibir asistencia marque al:(915) 521-7914

### **2-1-1 Texas Information and Referral Network**

2-1-1Texas sirve como un número donde usted puede llamar y solicitar información sobre los recursos disponibles en su comunidad. Enlaza a individuos y familias con servicios para la comunidad que ofrecen organizaciones sin fines de lucro, y entidades del gobierno (877) 541-7905. Número alterno (915) 771- 5820.