

Gracias por participar en nuestro programa de mamografía sin costo. Este documento explica cómo prepararse para su visita a nuestra *Care Clinic* móvil.

Aviso: No le realizaremos una mamografía si usted está embarazada o piensa que puede estar embarazada, amamantando o ha dejado de amamantar por lo menos 6 meses.

En el día de la mamografía:

- Planee usar una ropa de 2 piezas. De esta forma sólo tendrá que quitarse la parte superior durante la mamografía y su examen clínico de mama.
- No utilice desodorante, loción, perfume o polvo de debajo de los brazos o en el pecho. Ciertos metálicos en estos productos pueden aparecer en la mamografía como manchas.
- Tome sus medicamentos y come coma de costumbre.

Cosas a tener en cuenta:

- Si su cita para la mamografía es una semana antes o durante su período es probable que tenga inflamación y sensibilidad en los senos.
- Deberá traer los resultados de su mamografías anteriores a la cita, sobre todo si se llevaron a cabo en una clínica diferente o si los resultados de la mamografía han sido irregulares.
- Cuando llegue a nuestra *Care Clinic* deberá informar a nuestro personal de su llegada y la hora de su cita.

Qué Puedes Esperar

Usted tendrá que llenar un formulario similar a lo que usted llene cuando vas a la oficina de su doctor. Después que su formulario ha sido revisado por nuestro personal le pedirán que pase a nuestra sala mamografía. Se tarda aproximadamente 10 minutos para hacer la mamografía. Después de la mamografía se le presentara a la enfermera que va a hacer el examen clínico de mama. Después la enfermera le enseñará cómo hacer su propio examen de mama y lo que debe tener en cuenta una vez al mes.

Sus resultados serán enviados a usted en 2 semanas en el sobre que usted lleno anteriormente. Si usted tiene preguntas acerca de sus resultados puede llamar a nuestro proveedor medico Multi-Diagnostics Services al 718-454-8556.

Gracias!

Multi-Diagnostic Services Inc.

139-16 91st Avenue - Jamaica, NY 11435 - 718.454.8556 - Fax 718.454.7950

Favor Escribir en Letra de Molde. Complete el formulario en su totalidad. Sitio de la Prueba de Detección

Nombre _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ Edad ____ Fecha ____/____/____

Dirección de su Casa _____ Apt. # ____ Ciudad _____ Estado ____ Código Postal _____

Teléfono de Casa # (____) _____ Tel. del Trabajo # (____) _____ Seguro Social # _____

FAVOR MARQUE SUS RESPUESTAS CON UN CIRCULO. CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS

Medicamentos Anteriores/Presentes (En caso afirmativo, ponga el nombre del medicamento y el tiempo que lo usó)

Píldoras Anticonceptivas NO SI _____

Hormonas NO SI _____

Tiroides NO SI _____

¿A qué edad empezó a menstruar? _____ ¿Cuántos embarazos? _____

¿Qué edad tenía en el primer embarazo? _____ Fecha del último periodo _____

¿Bultos en la Mama? NO SI _____

¿Ya le comenzó la Menopausia? NO SI En caso afirmativo: NATURAL INDUCIDA. A qué edad le empezó _____

¿Le han hecho una Histerectomía? NO SI En caso afirmativo, ¿A qué edad? _____

¿Le sacaron un Ovario? NO SI (Izquierdo, Derecho) ¿Edad? _____

¿Le han hecho cirugía de la Mama? ¿Cuándo? ¿Cuál Mama? ¿Le pusieron Radiación?

Mastectomía	NO SI	_____	Der. Izq. Ambos	NO SI
Tumorectomía	NO SI	_____	Der. Izq. Ambos	NO SI
Biopsia de Mama	NO SI	_____	Der. Izq. Ambos	NO SI
Drenaje de Quiste	NO SI	_____	Der. Izq. Ambos	NO SI
Implante de Seno	NO SI	_____	Der. Izq. Ambos	NO SI

Otro _____

¿Tiene usted **EN ESTE MOMENTO** cualquiera de los síntomas que siguen?

Una Condición Fibroquistica	NO SI	_____
Protuberancias en las Mamas	NO SI	Der. Izq. Ambos
Sensibilidad en las Mamas	NO SI	Der. Izq. Ambos
Dolor de la Mama	NO SI	Der. Izq. Ambos
Retracción o Tiraje de la Piel	NO SI	Der. Izq. Ambos
Secreción del Pezón	NO SI	Der. Izq. Ambos

En caso afirmativo, de qué color _____

¿Están los síntomas arriba mencionados relacionados con su periodo? NO SI A VECES

¿HA HABIDO CANCER EN SU FAMILIA? (Marque su respuesta con un círculo)

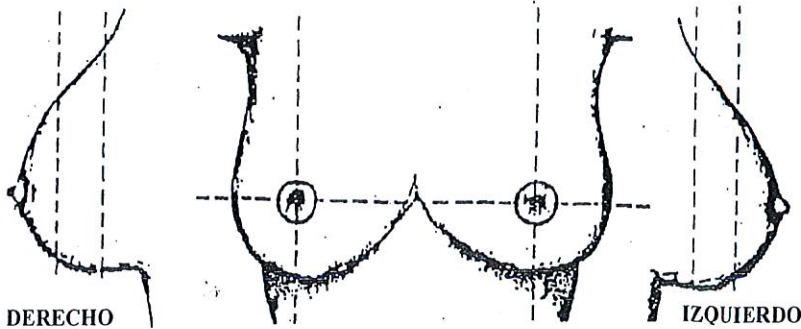
Madre NO SI _____
 Tías NO SI ¿Por parte de la Madre o del Padre? _____
 Hermanas NO SI _____
 Abuelas NO SI ¿Por parte de la Madre o del Padre? _____
 Hijas NO SI _____

Última Mamografía?

¿Cuándo? _____

¿Dónde? _____

En caso afirmativo, ¿a qué edad (aproximada) fue diagnosticada la persona por primera vez? _____ Fecha del último Examen Clínico de Mama? _____



AL DORSO

Firma del Técnico _____

POR FAVOR LEA Y FIRME PARA DAR RECONOCIMIENTO A LOS ARTICULOS DEL 1 AL 4

1. Yo _____ por medio de la presente doy mi consentimiento y permiso a Multi-Diagnosis Services, Inc., sus técnicos y empleados, para que me hagan un examen visual y/o manual de mama y una mamografía. Yo entiendo que el examen visual y/o manual de mama y/o la mamografía no constituyen un examen completo para detectar cáncer, ni garantizan la ausencia de cáncer si los resultados son negativos.

Yo soy el único responsable de seguir las recomendaciones hechas por el médico para cualquiera de los subsecuentes exámenes de seguimiento, estudios diagnósticos, evaluaciones o tratamientos en el caso que en los resultados del examen o la mamografía haya probabilidades de malignidad, o si hay algún área donde se ha encontrado una anomalía cuestionable.

2. POR LA PRESENTE DECLARO QUE HASTA DONDE YO SEPA EN ESTE MOMENTO NO ESTOY EMBARAZADA Y/O NO ESTOY AMAMANTANDO A UN NIÑO(A).

3. Yo autorizo a Multi-Diagnostic Services, Inc. a que reciban todos y cada uno de los registros médicos e informes que corresponden a las conclusiones de mi mamografía. Esto incluye, pero no se limita a: ultrasonido; cono o focal, ampliación y cualquier otra vista adicional; resultados de biopsias, al igual que películas de mamografías y ecografías anteriores. Esto le permitirá a Multi-Diagnostic Services, Inc. actualizar mi expediente médico según la Ley Estándar de Calidad de Mamografía (MQSA/HR6182).

4. Yo entiendo que los resultados de mi examen y mamografía serán reportados a mi médico designado. Si hay que hacer pruebas de seguimiento, yo doy mi permiso a Multi-Diagnostic Services, Inc., para entregar las películas de mis mamografías, ya sea a mí, a una persona designada por mí, un médico, o a las instalaciones que va a hacer las pruebas. Si fueron evaluadas a través del NY State DOH Breast Health Partnership Program, las películas serán enviadas a una instalación de un socio que participa en el programa para el cuidado de seguimiento y su información médica/personal le será entregada a la oficina correspondiente del NY State Partnership y a la instalación de seguimiento indicada a menos que usted se niegue a que lo hagamos.

Su negativa debe ser por escrito.
Si así lo desea, nos puede dar el nombre, dirección y teléfono de un familiar o amigo autorizado para recibir los resultados de su mamografía:

Nombre _____ Dirección/Teléfono _____

Firma _____ Fecha _____

Testigo _____

Información de su Medico

Nombre _____ Teléfono _____

Dirección _____ Número de Fax _____

Número UPIN del médico (para Medicare) _____
Número de Proveedor de Medicaid _____

Paciente de Medicare

" Yo solicito que el pago de los beneficios autorizados por Medicare se hagan en mi nombre a Multi-Diagnostic Services, Inc. por todos los servicios que me haya prestado Multi-Diagnostic Services Inc. Yo autorizo a quienes mantengan información médica mía a que suministren al Health Care Financing Administración (Administración de Financiamiento de Atención de la Salud) y a sus agentes cualquier información que sea necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios a pagar por servicios relacionados.

Firma del Beneficiario _____ Fecha _____

CANCER SERVICES PROGRAM CLINICAL BREAST EXAM FORM

Name: [redacted] Last First MI DOB: [redacted] Date: [redacted] MM/DD/YR MM/DD/YR

Review of Patient History

Patient noticed changes in breasts since last visit? Site code [] [] [] [] []
No ___ Yes ___ Describe _____
Patient has a personal or family history of breast cancer?
No ___ Yes ___ Who? _____ What age? _____
Patient noted spontaneous nipple discharge?
No ___ Yes ___ Describe _____

Visual Exam:

Skin: Normal/Benign Scar(s) Dimpling Other: _____

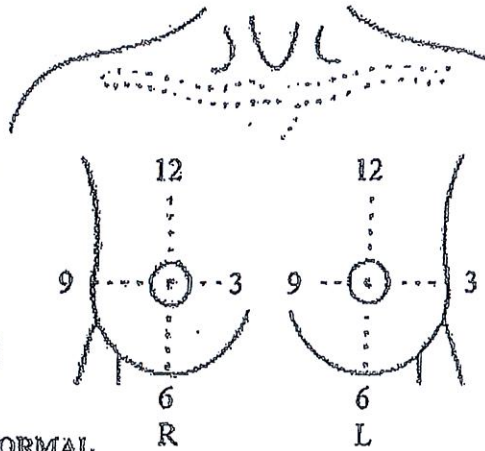
Nipples: Everted Inverted Retraction

Physical Exam:

Lymph Nodes + - Right + - Left
(Axillary/Clavicular)

Diagram Documentation Codes

Scar +++ Nodularity ≡ Mole *
Fibrocystic Area # Node O Dimpling Δ
Mass ●



Describe all clinical exam findings, including NORMAL and ABNORMAL (indicate size, shape, mobility, location of palpable findings).

Findings: _____

Plan: _____

Referral: No ___ Yes ___ (explain) _____

Breast Findings: Check one box only

- 1. Normal, Benign, Fibrocystic – Rescreen in 1-2 Years
- 2. Probably Benign – Repeat Exam in 3-6 months
- 3. Mass or Other Findings – Immediate Testing

Name of Examiner (please print) _____

Signature of Examiner _____ Date _____

This report should be maintained as part of the patient medical record.

05/22/09



Número de ID del paciente: _____

Nombre de Partnership: _____

Número de fax: _____

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN EL CANCER SERVICES PROGRAM

Acerca de Cancer Services Program (CSP) Partnership

CSP Partnership es un programa del Departamento de Salud del estado de Nueva York (NYSDOH, por sus siglas en inglés) que trabaja con administradores contratados, y con médicos, enfermeras y otros proveedores de servicios de salud, para ofrecer pruebas diagnósticas gratuitas, adecuadas según la edad y los riesgos, del cáncer de seno, el cáncer de cuello uterino (abertura de la matriz) y el cáncer colorrectal (colon y recto). Las pruebas diagnósticas pueden ayudar a detectar estos cánceres en etapas tempranas, cuando podrían ser más fáciles de tratar. En ocasiones, cuando se encuentran estos cánceres y se los trata precozmente, pueden curarse. Los administradores contratados trabajan con usted, con proveedores de servicios de salud y con el NYSDOH para brindarle los servicios que se describen en este consentimiento.

Las pruebas diagnósticas apropiadas por edad y riesgos que ofrece el CSP son:

- Mamografías y examen clínico de los senos para el cáncer de senos
- Pruebas de Pap y examen pélvico para el cáncer de cuello uterino
- Pruebas de materia fecal para hacer en el hogar (FIT o FOBT, por sus siglas en inglés), para el cáncer colorrectal
- Colonoscopia diagnóstica para hombres y mujeres en mayor riesgo para el cáncer colorrectal (esto significa que tienen una mayor probabilidad de contraer cáncer colorrectal)

Las personas cuyos resultados en las pruebas son anormales (cuyas pruebas diagnósticas muestran que podrían tener uno de estos cánceres) también pueden obtener los siguientes servicios de CSP Partnership:

- Pruebas diagnósticas: Pruebas y exámenes que confirman si hay cáncer.
- Administración de casos: Hay personas que lo ayudan a obtener las pruebas diagnósticas, asistiéndole a hacer las citas, encontrar cómo ir a las citas, obtener cuidado para los niños y muchos otros medios para facilitar que asista a las citas para las importantes pruebas diagnósticas.
- Ayuda para encontrar tratamiento si se encuentra cáncer.
- Ayuda para obtener cobertura en el Programa de tratamiento del cáncer de Medicaid, si usted cumple los criterios de elegibilidad del programa (reglas). El Programa de tratamiento del cáncer de Medicaid ofrece cobertura total de Medicaid para personas con cáncer de seno, de cuello uterino, colorrectal o de próstata que cumplen los criterios de elegibilidad del programa (reglas).

Elegibilidad por ingresos y seguro

Las pruebas diagnósticas gratuitas se ofrecen a través del CSP únicamente para hombres y mujeres que cumplen los criterios de elegibilidad (reglas) de ingresos y seguro de salud. La elegibilidad de ingresos significa que la cantidad total de dinero que ganan las personas que viven en su hogar debe encontrarse por debajo de cierto monto para que usted pueda obtener los servicios gratuitos del CSP. También se ofrecen los servicios del CSP a hombres y mujeres que no tienen seguro de salud (incluido Medicaid u otros seguros públicos), o cuyo seguro de salud no paga las pruebas diagnósticas del cáncer. Los servicios del CSP también pueden ofrecerse a hombres y mujeres que tienen seguro de salud pero no pueden pagar el copago, el deducible o la responsabilidad económica del paciente establecidos por el seguro. El personal de CSP Partnership o el proveedor de servicios de salud le informarán sobre los ingresos o el seguro de salud, y le dirán si usted cumple o no estas reglas del programa.



Número de ID del paciente: _____

Nombre de Partnership: _____

Número de fax: _____

Firmar este consentimiento significa que:

- He leído la información del programa en la página 1, he hablado con un miembro del personal de CSP Partnership y comprendo los servicios que CSP me ofrece.
- Estoy de acuerdo en ser parte del programa y comprendo que, al acordar ser parte del programa, autorizo al Departamento de Salud del estado de Nueva York, a los administradores contratados y a los proveedores de servicios de salud, incluidos médicos, clínicas y/u hospitales, a divulgar (compartir) información sobre mí. Comprendo que esta información incluye datos financieros y del seguro, e información médica sobre mí y relacionada con mi prueba diagnóstica del cáncer de seno, de cuello uterino y/o colorrectal, y del diagnóstico y el tratamiento que reciba en relación con ellos. Entiendo que esta información será divulgada (compartida) con otros proveedores de servicios de salud, administradores contratados, otro personal, proveedores de servicios de salud o agencias que participen en CSP Partnership y el Departamento de Salud del estado de Nueva York, para la atención de mi salud, el tratamiento y el seguimiento, y a los fines de la administración del caso, el control y el pago.
- Entiendo que mi información personal y mi información médica serán divulgadas únicamente según se autoriza en este consentimiento, o según lo permiten o exigen las leyes.
- Comprendo que este consentimiento se relaciona con las pruebas diagnósticas del cáncer, con los servicios diagnósticos, de tratamiento y de administración de casos relacionados como parte del CSP, según sean necesarios y provistos por CSP Partnership.
- Comprendo que puedo elegir no utilizar los servicios que se me ofrecen en cualquier momento.
- Entiendo que alguien se comunicará conmigo si se determina que los resultados de mi prueba diagnóstica son anormales (si mi prueba diagnóstica muestra que podría tener cáncer). Los servicios de administración de casos se prestan para ayudarme a obtener diagnóstico, seguimiento, pruebas y tratamiento que sean necesarios. Comprendo que los servicios de administración de casos se me prestan sin cargo y que puedo elegir no recibir el servicio en cualquier momento.
- Comprendo que mi proveedor de servicios de salud podría recomendar pruebas o procedimientos que el programa podría no pagar.

Certificación de la elegibilidad

Un miembro del personal o proveedor de CSP Partnership me informó sobre los servicios del programa y los requisitos de elegibilidad, y contestó mis preguntas. Mediante mi firma en este consentimiento, certifico que, a mi leal saber y entender, comprendo esta información. Los tildes en las casillas que siguen, indican que lo que ellas dicen es cierto: Comprendo que CSP Partnership y el Departamento de Salud del estado de Nueva York pueden verificar (controlar) la información que he provisto en este formulario.

Reúno el siguiente requisito de elegibilidad (elegir uno):

- El ingreso de mi hogar es igual o inferior al 250% de la Línea federal de pobreza (FPG, por sus siglas en inglés).
- El ingreso de mi hogar es superior al 250% del FPG, pero no puedo pagar la/s prueba/s diagnóstica/s del cáncer.

Reúno el siguiente requisito de seguro (elegir uno):

- No tengo seguro de salud de ningún tipo (incluidos Medicare, Medicaid, Family Health Plus o demás seguros públicos o privados).
- El deducible, la responsabilidad financiera mensual del paciente, o el copago de mi seguro es demasiado elevado y me impide obtener servicios de pruebas diagnósticas del cáncer; o mi seguro de salud no cubre las pruebas y/o los servicios diagnósticos del cáncer.

Autorizo a que se dejen mensajes con información sobre mis servicios en mi contestadora.

Información y firma del cliente

Nombre del cliente (letra de imprenta) _____ Fecha de nac. _____

Firma del cliente _____ Fecha _____

Testigo de Partnership (firma) _____ Fecha _____

**Notificación de Privacidad del Paciente
Formulario de Acuso de Recibo**

El propósito de este formulario es para registrar acuso de recibo de la Notificación de Privacidad, como lo requiere la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Información de Salud de 1996 (Conocida por sus siglas en ingles HIPAA) . Si no se pudiera obtener tal acuso de recibo, esta forma documentará el intento de buena fe de la compañía para conseguir tal acuso de recibo.

Parte A: Yo _____ doy acuso de recibo de la Notificación de Privacidad y Normas del University Physicians Group.
(nombre del paciente)

Firmado: _____

Fecha: _____

Parte B: **MULTI-DIAGNOSTIC SERVICES, INCORPORATED**, hizo un intento de buena fe para obtener el acuso de recibo de _____ de la Notificación de Privacidad, pero no pudo hacerlo por la(s) siguiente(s) razón(es):
(nombre del paciente)

- El individuo se negó a firmar
- Una situación de emergencia nos previno de obtenerlo
- Barreras de comunicación nos impidieron obtenerlo
- Otra (favor sea específico) _____

Firmado: _____ Posición: _____ Fecha: _____

Parte C: El primer encuentro de tratamiento de esta oficina con _____ se hizo por teléfono el _____ y una copia de la Notificación de la Normas de Privacidad de esta oficina y del Formulario de Acuso de Recibo fueron enviados por correo postal al paciente en tal fecha, solicitándole que devuelva a esta oficina la forma después de completar la Parte A.
(Nombre del paciente)
(Fecha de la llamada telefónica)

Firmado: _____ Posición: _____ Fecha: _____
(Empleado)

El formulario ya completo se debe colocar en el registro medico del paciente

American-Italian Cancer Foundation (AICF) Autorización de HIPAA para Revelar Información de Salud

DEBE COMPLETAR TODOS LOS ESPACIOS

ESTE FORMULARIO NO SE PUEDE UTILIZAR PARA AUTORIZACIONES DE INVESTIGACIONES O COMERCIALIZACION, RECAUDACION DE FONDOS O RELACIONES PÚBLICAS

NOMBRE Y DIRECCION DEL PACIENTE	FECHA DE NACIMIENTO	SEGURO SOCIAL DEL PACIENTE
	NUMERO DE REGISTRO MEDICO	# NUMERO DE TELEFONO
NOMBRE DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS DE SALUD QUE REVELARA LA INFORMACION	INFORMACION ESPECIFICA QUE SE VA A DIVULGAR Información solicitada: _____ Fechas de Tratamiento de _____ a _____	
NOMBRE Y DIRECCION DE LA PERSONA O ENTIDAD A QUIEN SE LE ENVIARA LA INFORMACION	INFORMACION QUE VA A SER REVELADA (: la casilla está marcada, usted esta autorizando la liberación de ese tipo de información.) Note nota: a menos que todas las casillas estén marcadas, puede ser que no se pueda procesar su solicitud. <input type="checkbox"/> Información sobre Programa de Abuso de Alcohol y/o Sustancias <input type="checkbox"/> Información sobre Salud Mental <input type="checkbox"/> Información sobre Pruebas Genéticas <input type="checkbox"/> Información relacionada con VIH/SIDA	
RAZÓN PARA REVELAR LA INFORMACIÓN <input type="checkbox"/> Un asunto legal <input type="checkbox"/> A solicitud del individuo <input type="checkbox"/> Otra (especifique por favor)	¿HASTA CUANDO ES VALIDA ESTA AUTHORIZACION? (Marque una por favor) <input type="checkbox"/> Evento: _____ <input type="checkbox"/> Hasta esta fecha _____	

Yo, o mi representante autorizado, autorizo el uso o la revelación de mi información médica y/o de facturación en la forma que yo la he descrito en este formulario.

Entiendo que mi información médica y/o de facturación puede volver a ser divulgada y ya no estaría protegida por las regulaciones de privacidad de información de salud federales si el/los destinatario(s) descrito(s) en este formulario no están obligados por ley a proteger la privacidad de esa información. Entiendo que mis registros médicos y/o de facturación contienen información relacionada con el ABUSO DE ALCOHOL O SUSTANCIAS, PRUEBAS GENÉTICAS, SALUD MENTAL y/o INFORMACION RELACIONADA CON VIH/SIDA. Esta información no será revelada a menos que yo marque las casillas sobre esta información en este formulario.

Entiendo que si yo estoy autorizando el uso o revelación de información relacionada con VIH/SIDA, el/los recipiente(s) está(n) prohibidos de utilizar o de divulgar sin mi autorización cualquier información relacionada con VIH/SIDA, a menos que se les permita hacerlo según ley federal o estatal. También entiendo que tengo derecho a solicitar una lista de las personas que pueden recibir o utilizar sin autorización mi información relacionada con VIH/SIDA. Si yo sufro discriminación por el uso o divulgación de información relacionada con VIH/SIDA, yo puedo contactar la New York State Division of Human Rights (División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York) al 212-480-2493 o la New York City Commission of Human Rights (Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de Nueva York) al 212-306-7450. Estas agencias son responsables de proteger mis derechos.

Entiendo que tengo el derecho a negarme a firmar esta autorización y que mi cuidado de salud, el pago por mi cuidado de salud y mis beneficios de cuidado de salud no serán afectados si yo no firmo este formulario. También entiendo que si yo no firmo esta autorización, AICF no puede honrar mi solicitud para revelar mi información médica o de facturación.

Entiendo que tengo el derecho a solicitar la inspección y/o recibir una copia de la información descrita en este formulario de autorización si completo un Request for Access Form (Formulario para Solicitar Acceso). También entiendo que tengo derecho a recibir una copia del formulario después de firmarlo.

Entiendo que si yo he firmado este formulario de autorización para utilizar o revelar mi información médica o de facturación, yo tengo el derecho a revocarla en cualquier momento, salvo en la medida que AICF ya ha tomado acción basada en mi autorización o que la autorización fue obtenida como una condición para obtener cobertura de seguro.

Para revocar esta autorización, póngase en contacto con el departamento de Health Information (Información de Salud) del establecimiento que procesa esta solicitud.

Yo he leído este formulario y todas mis preguntas fueron contestadas. Al firmarlo, yo reconozco que he leído y aceptado todo lo mencionado en el formulario.

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE PERSONAL	SI NO FIRMA EL PACIENTE, IMPRIMA EL NOMBRE Y LA INFORMACION DE CONTACTO DEL REPRESENTANTE PERSONAL QUE FIRMO ESTE FORMULARIO
FECHA	DESCRIPCION DE LA AUTORIDAD QUE TIENE EL REPRESENTANTE PERSONAL PARA ACTUAR A NOMBRE DEL PACIENTE

Si AICF ha solicitado esta autorización, se le debe dar una copia de ella al paciente o a su representante personal después que ha sido firmada.

UNICAMENTE PARA EL USO DE AICF	
FECHA DE RECIBO:	INICIALES DEL EMPLEADO DE HIM QUE PROCESA LA SOLICITUD
FECHA EN QUE SE COMPLETÓ:	COMENTARIOS:

AUTORIZACION DE AICF HIPAA REVISADA 11-2011

Translated by Asian/American Center of Queens College with
Funds Provided by Queens Borough President's Office
(No alterations on this document are permitted.)

Programa Ambulante de Detección de Cáncer de Mama
Formulario de Admisión

Su Edad: _____ **Código Postal:** _____

Sexo

- Femenino Masculino Otro _____

¿Cuál es su Idioma Principal?

- Ingles Español Coreano Chino
 Otro: _____

¿Cuál es su origen étnico?

- Hispano(a) o Latino(a) Ni Hispano(a) ni Latino(a)

¿Cuál es su raza? (marque todas las que se aplican)

- Indio(a) Americano(a) o Nativo(a) de Alaska
 Asiático(a)
 Negro(a) o Afro Americano(a)
 Nativo(a) de Hawái o de otra Isla del Pacifico
 Blanco(a)
 Otro(a) _____

¿Cuál es su ingreso familiar anual?

- \$5,000 o menos
 \$5,001 a \$10,000
 \$10,001 a \$15,000
 \$15,001 a \$25,000
 \$25,001 a \$50,000
 Más de \$50,000