Multi-Diagnostic Services, Inc.

139-16 91st Avenue ~ Jamaica, NY 11435 ~ 718 454-8556 ~ Fax 718 454-7950

POR FAVOR DE USAR LETRA EN MOLDE. LA FORMA SE DEBE COMPLETAR TOTALMENTE.

Nombre _____ **Fecha de Nacimiento** ___/___/___ **Edad** ___ **Fecha** ___/___/___

Dirección de Casa _____ **Apt#**_____ **Piso#**____ **Ciudad** _____ **Estado** ____ **Código postal** _____

Teléfono de Casa ( ) _____ **Teléfono del trabajo ( )** _____ **Teléfono Celular ( )**_____

4 últimos números Seguro Social#_____ **Correo Electrónico**_____ **Podemos enviarle un texto? SI o NO**

POR FAVOR CIRCULE SUS RESPUESTAS. POR FAVOR NO DEJAR PREGUNTA SIN CONTESTAR.

Pasado/Futuro Medicamentos (Si, indique el nombre de la droga y a longitud del tiempo utilizada.)

Pastillas Anticonceptivas No Si _____
Hormonas No Si _____
Tiroides No Si _____

Edad que empezó a menstruar? _____
Numero de embarazo? _____
Edad al primer embarazo? _____
Fecha del último periodo? _____

Ha empezado la menopausia? No Si : Natural Quirúrgico Edad que empezó _____
Ha tenido una histerectomía? No Si : A que edad?_____ Ovario removido? No Si (Izquierdo, Derecho) Edad?_____

Cirugía anterior del Seno?		¿Cuando?	Cual Seno?	¿Tratamiento de Radiación?
Mastectomia	No Si	_____	Derecho Izquierdo Ambos	No Si
Extirpación de masa	No Si	_____	Derecho Izquierdo Ambos	No Si
Biopsia	No Si	_____	Derecho Izquierdo Ambos	No Si
Desagüe de quiste	No Si	_____	Derecho Izquierdo Ambos	No Si
Implante del Senos	No Si	_____	Derecho Izquierdo Ambos	No Si

Otra _____

Esta usted amamantando? NO SI

¿Tiene de lo siguiente AHORA?	
Senos Fibrosos	No Si
Masas en el Seno	No Si D I Ambos
Sensibilidad del Seno	No Si D I Ambos
Dolor en el Seno	No Si D I Ambos
Retractación de Piel	No Si D I Ambos
Descarga del pezón	No Si D I Ambos

¿Si, de que color de la descarga? _____

¿Los síntomas antedichos se relacionan con su periodo? No Si A veces

Antecedentes Familiares de Cáncer al Seno? (Por favor Circule)

Madre No Si
Tías No Si Lado de Madre o Padre?
Hermanas No Si
Abuelas No Si Lado de Madre o Padre?
Hijas No Si

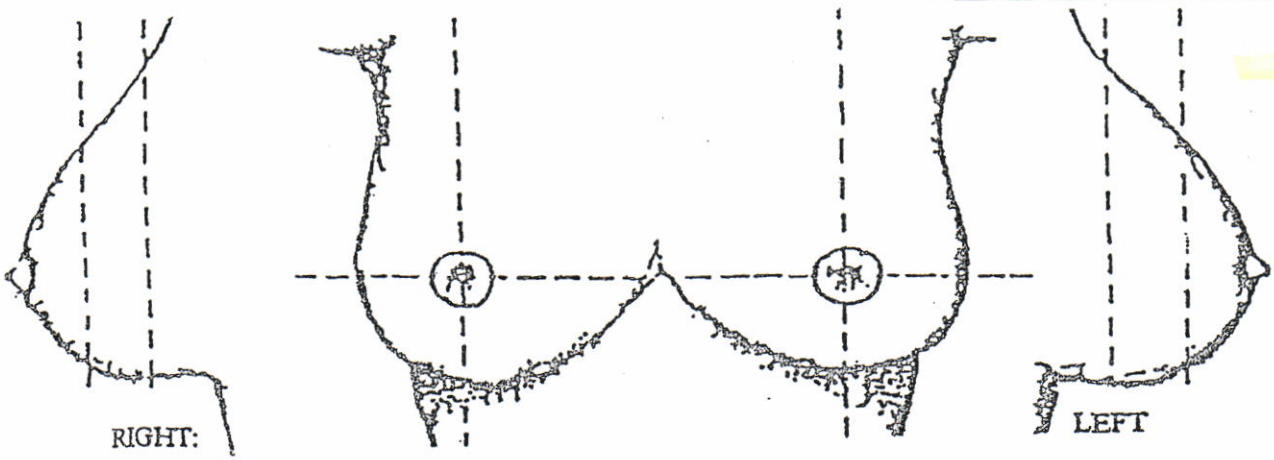
¿Si, a que edad (aproximadamente) fue el primer diagnóstico de la persona? _____

Mamografías Anteriores?

Cuando? _____

Donde? _____

Fecha del último examen clínico de los seno?_____



Firma de la técnica _____

POR FAVOR LEA Y FIRME LOS ARTICULOS DE RECONOCIEMIENTO 1 – 4

1. Yo _____ por este medio doy mi consentimiento y permiso a Multi-Diagnostic Services, Inc., sus técnicos y empleados, para realizarme un examen visual y/o manual de seno y/o examen de mamografía. También entiendo que un examen visual y/o manual y/o mamografía no constituye una completa examinación de cáncer, y no garantiza la ausencia de cáncer aunque los resultados sean negativos.

Soy solamente responsable de seguir cualquier recomendación hecha por el médico para un examen de seguimiento posterior, por ejemplo, estudios diagnósticos, evaluaciones, tratamiento(s) en caso de que los resultados de la examinacion o mamografía sea sospechosa de algo maligno o que encuentren cualquiera anormalidad hallada que sea cuestionable.

2. DECLARO POR ESTE MEDIO QUE AL MEJOR DE MI CONOCIMIENTO NO ESTOY EMBARAZADA EN ESTE TIEMPO Y/O QUE NO ESTOY AMAMANTADO A UN NIÑO.

3. Yo autorizo a Multi-Diagnostic Services, Inc. para recibir todos mis archivos médicos y reportes relacionado a los resultados de mi mamografía. Esto incluye, pero no esta limitado a ultrasonidos; ampliación del área, y cualquier otra imagen adicional; resultados de biopsia, así como las imágenes anteriores de la mamografía. Esto permitirá a Multi-Diagnostic Services, Inc. poner al día mi archivo médico según el Acto Estándar de Calidad de la Mamografía. (MQSA/HR6182).

4. Yo entiendo que los resultados de mí examen de mamografía serán divulgados a mi medico señalado. Si los exámenes de seguimiento posteriores son necesarios, doy mí permiso para que Multi-Diagnostic Services, Inc. me envíe las imágenes de la mamografía, a una persona señalada por mí, a un doctor o a la facilidad que haga el examen. Si los exámenes de detección fueron hechos con el programa de servicios de cáncer del estado de Nueva York, tus imágenes serán enviadas a una facilidad que participa para el cuidado de los exámenes de seguimiento posteriores junto con su información médica/personal. Si usted decide no elegir los servicios de cáncer del estado de Nueva York, su rechazo debe ser por escrito.

5. Si nosotros no podemos contactarlo con su resultado, por favor provéanos el nombre, dirección y número de teléfono de un pariente o de un amigo autorizado a tener sus resultados de la mamografía. Si usted decide no proveer un nombre, por favor escriba **NO** abajo.

Nombre _____ Teléfono _____

Dirección _____

Firma _____ Fecha _____

Testigo _____

Su Información del Medico

(POR FAVOR FACILITAR TODA LA INFORMACION DE SU MEDICO. DE LO CONTRARIO LE ENVIAREMOS LOS RESULTADOS A USTED PARA QUE SE LOS DE A SU DOCTOR)

Nombre _____ Teléfono _____

Nombre de Consultorio o Dispensario _____ Numero de Fax _____

Dirección _____

CANCER SERVICES PROGRAM CLINICAL BREAST EXAM FORM

Name:_____ DOB: _____ Date:_____
Last First MI 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_____

Risk Assessment Results:

☐ Assessed Average Risk ☐ BRCA mutation, personal or 1st degree relative

☐ ≥20% lifetime risk by risk assessment ☐ Radiation treatment to chest between ages 10-30

☐ Genetic syndrome like Li-Fraumeni ☐ Risk not assessed ☐ Unknown

Visual Exam:

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

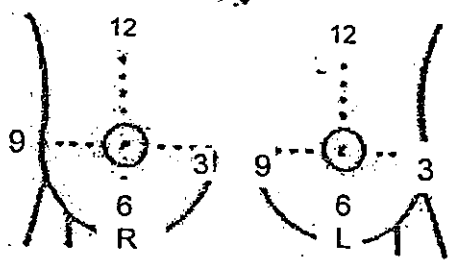
Nipples: ☐ Everted ☐ Inverted ☐ Retraction

Physical Exam

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

Diagram Documentation Codes

Scar +++
Fibrocystic Area ///
Mass ⊗
Nodularity ≡
Node ○
Mole *
Dimpling ∠



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.

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
(nombre del paciente)
Physicians Group.

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)
(nombre del paciente)
siguiente(s) razón(es):

☐ El individuo se negó a firmar

☐ Una situación de emergencia nos previno de obtenerlo

☐ Barreras de comunicación nos impidieron obtenerlo

☐ Otra (favor sea especifico)_____

_____

Firmado:_____ Posición:_____ Fecha:_____

Parte C: El primer encuentro de tratamiento de esta oficina con_____ se hizo por
(Nombre del paciente)
teléfono el _____ y una copia de la Notificación de la Normas de Privacidad de esta oficina y del
(Fecha de la llamada telefónica)
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

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

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

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

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 TELEFONO
	NUMERO DE REGISTRO MEDICO	

NOMBRE DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS DE SALUD QUE REVELARA LA INFORMACION Multi-Diagnostic Services, Inc.	INFORMACION ESPECIFICA QUE SE VA A DIVULGAR Información solicitada Resultados de examen, datos demográficos del paciente, historial médico, datos de facturación Fechas de Tratamiento de _____ a _____
NOMBRE Y DIRECCION DE LA PERSONA O ENTIDAD A QUIEN SE LE ENVIARA LA INFORMACION American Italian Cancer Foundation 112 East 71 Street New York, NY 10021	INFORMACION QUE VA A SER REVELADA (si la casilla está marcada, usted esta autorizando la liberación de ese tipo de información.) Tome nota: a menos que todas las casillas estén marcadas, puede ser que no se pueda procesar su solicitud. ☐ Información sobre Programa de Abuso de Alcohol y/o Sustancias ☐ Información sobre Salud Mental ☐ Información sobre Pruebas Genéticas ☐ Información relacionada con VIH/SIDA
RAZÓN PARA REVELAR LA INFORMACIÓN ☐ Un asunto legal ☐ A solicitud del individuo ☐ Otra (especifique por favor)	¿HASTA CUANDO ES VALIDA ESTA AUTHORIZACION? (Marque una por favor) ☐ Evento:_____ ☐ 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 GENETICAS, 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 (Informacion 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.)

American-Italian
CANCER FOUNDATION

www.americanitaliancancer.org

Programa de Servicio Móvil de Mamografía Sin Costo

Cuál es su idioma principal?

O Ingles O Español O Koreano O Chino

O Otro:_____

Cuál es su etnicidad o raza (Marque todas las que apliquen)

O Afroamericano o negro

O Asiatico

O Hispano o Latino(a)

O Blanco

O Indio Americano o Nativo de Alaska

O Hawaiano o de otra isla del Pacífico

O Otro:_____

Cuál es el ingreso anual de su hogar?

O $5,000 o menos

O $5,001 - $10,000

O $10,001 - $15,000

O $15,001 - $25,000

O $25,001 - $50,000

O Más de $50,000

For office Use: Date: _____ Site: _____

New York State Department of Health
Cancer Services Program
Your partner for cancer screening, support and information

Nombre del cliente o número de identificación del CSP:	_____
Número de fax:	_____
	Spanish

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN EL PROGRAMA DE SERVICIOS ONCOLÓGICOS

Información sobre el Programa de Servicios Oncológicos (Cancer Services Program, CSP)

El CSP es un programa del Departamento de Salud del Estado de Nueva York (New York State Department of Health, NYSDOH). El CSP trabaja con médicos, personal de enfermería y otros proveedores de atención médica para ofrecer pruebas de detección gratuitas de cáncer de mama, cáncer de cuello uterino y cáncer colorrectal (también llamado cáncer de colon). Las pruebas de detección pueden ayudar a detectar estos cánceres en una fase temprana, cuando pueden ser más fáciles de tratar. En algunos casos, las pruebas de detección pueden detectar el cáncer antes de que aparezca. El personal del CSP trabajará con usted, los proveedores de atención médica y el NYSDOH para prestar los servicios que se describen en este consentimiento.

El CSP ofrece los siguientes exámenes de detección:

- Mamografías para detectar el cáncer de mama
- Pruebas de Papanicolaou y pruebas del virus del papiloma humano de alto riesgo para detectar el cáncer de cuello uterino
- Pruebas de heces de uso doméstico (prueba inmunoquímica fecal [Fecal Immunochemical Test, FIT] o prueba de sangre oculta en heces [Fecal Occult Blood Test, FOBT]) para detectar el cáncer colorrectal
- Colonoscopia de detección para las personas que tienen más probabilidades de padecer cáncer colorrectal

El CSP ofrece servicios de seguimiento a las personas que presentan resultados anormales en las pruebas de detección. Un resultado anormal en una prueba significa que alguien podría tener cáncer.

- Pruebas de diagnóstico: pruebas que comprueban si hay cáncer o no.
- Gestión de caso: ayuda para concertar citas, encontrar transporte, encontrar servicio de cuidado de niños y otras ayudas para facilitar la realización de pruebas de diagnóstico.
- Ayuda para encontrar tratamiento si se detecta cáncer.
- Ayuda para entrar en el Programa de Tratamiento del Cáncer de Medicaid (Medicaid Cancer Treatment Program) si cumple los requisitos del programa. Este programa ofrece Medicaid completo a las personas con cáncer de mama, de cuello uterino, colorrectal o de próstata.

Elegibilidad en función de ingresos y seguro

El CSP ofrece servicios de detección y seguimiento del cáncer gratuitos a las personas que no tienen seguro médico. Si tiene seguro médico, pero el costo de las pruebas de detección del cáncer le resulta demasiado elevado, es posible que pueda recibir los servicios del CSP. También debe cumplir determinados requisitos de ingresos para poder recibir los servicios del CSP. El personal del CSP o un proveedor de atención médica le informará sobre estos requisitos y sobre si usted es o no elegible para recibir los servicios del CSP.

Firmar este consentimiento significa lo siguiente:

- He leído la información sobre el programa en la página 1. He hablado con el personal de un contratista o proveedor del CSP y comprendo los servicios que me ofrece el CSP.
- Acepto participar en este programa. Entiendo que al aceptar participar en este programa, autorizo al NYSDOH, al CSP y a los proveedores de atención médica (incluidos médicos, clínicas y hospitales) a compartir información sobre mí. Esto incluye mi información de seguro de salud, financiera y médica relacionada con mis pruebas de detección del cáncer y cualquier atención de seguimiento y tratamiento que reciba. Entiendo que esta información se compartirá con otros proveedores de atención médica, el personal del CSP, las agencias que trabajan con el CSP y el NYSDOH. Esta información se compartirá con fines de pago y seguimiento de la atención médica y la gestión de casos.
- Entiendo que la información sobre mí y mi información médica solo se divulgará cuando yo lo permita o lo exija la ley.
- Entiendo que este consentimiento es para la detección del cáncer en el marco del CSP, los servicios de seguimiento y tratamiento relacionados, y la gestión de casos según sea necesario y conforme a lo dispuesto en el CSP.
- Entiendo que puedo optar por no recibir los servicios que se me ofrecen en cualquier momento.
- Entiendo que alguien se pondrá en contacto conmigo si el resultado de mi prueba de detección es anormal (mi prueba de detección muestra que puedo tener cáncer). Se ofrecen servicios de gestión de casos para ayudarme a obtener las pruebas de seguimiento y el tratamiento recomendados, si es necesario. Entiendo que los servicios de gestión de casos son gratuitos y que puedo optar por no recibirlos en cualquier momento.
- Entiendo que mi proveedor de atención médica puede recomendar pruebas o procedimientos que pueden no estar cubiertos por este programa.

New York State Department of Health
Cancer Services Program
Your partner for cancer screening, support and information

Nombre del cliente o número de identificación del CSP: _____

Número de fax: _____

Spanish

Certificación de elegibilidad

Un miembro del personal o un proveedor del CSP me ha informado sobre los servicios del CSP y los requisitos de elegibilidad. Esta persona respondió todas mis preguntas. Al firmar este consentimiento, confirmo que, a mi leal saber y entender, comprendo esta información. Al marcar las siguientes casillas, confirmo que, a mi leal saber y entender, la información es veraz. Entiendo que el CSP y el NYSDOH pueden verificar la información que he proporcionado.

Cumplo con los siguientes requisitos de elegibilidad respecto al ingreso (seleccione una):

- ☐ Mis ingresos familiares son iguales o inferiores al 250 % de las Pautas Federales de Pobreza (Federal Poverty Guideline, FPG).
- ☐ Mis ingresos familiares son superiores al 250 % de las FPG, pero no puedo pagar las pruebas de detección de cáncer.

Cumplo con los siguientes requisitos de elegibilidad respecto al seguro (seleccione una):

- ☐ No tengo ningún tipo de seguro de salud (esto incluye Medicare, Medicaid, Family Health Plus o cualquier otro seguro público o privado).
- ☐ El deducible, el desembolso mensual o el copago de mi seguro de salud son demasiado elevados y me impiden recibir servicios de detección del cáncer, o mi seguro de salud no ofrece cobertura para la detección o el diagnóstico del cáncer.

- ☐ Doy permiso para que me dejen mensajes en el buzón de voz sobre mis servicios.
- ☐ NO doy permiso para que me dejen mensajes en el buzón de voz sobre mis servicios.
- ☐ Doy permiso para que me dejen mensajes de TEXTO en el buzón de voz sobre mis servicios.
- ☐ NO doy permiso para que me dejen mensajes de TEXTO en el buzón de voz sobre mis servicios.

INFORMACIÓN Y FIRMA DEL CLIENTE

Nombre del cliente (en letra de imprenta): _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

USO EXCLUSIVO DEL CONTRATISTA — Formularios recibidos:

☐ en persona ☐ por correo postal ☐ por correo electrónico ☐ por fax

Firma del contratista _____ Fecha de recepción _____

SCREENING INTAKE FORM – New York State Cancer Services Program

PATIENT PROFILE			Participant ID (Generated by Catalyst): Click here to type		
First Name, MI		Address		MAILING ADDRESS (IF DIFFERENT)	
Last Name		City, State		Address	
Maiden Name		County		City, State	, NY
Other Name		Email		EMERGENCY CONTACT INFORMATION	
Social Security No.		Cell #		First Name	
		Home #		Last Name	
Birth Date	/ /	Work #		Relationship	
		Contact Time		Phone	

DEMOGRAPHICS

Race or Ethnicity (select all that apply):

☐ White ☐ Black ☐ Asian ☐ Pacific Islander
☐ American Indian or Alaskan ☐ Unknown

Asian Ancestry: Pacific Islander Detail:

Hispanic/Latina/Latino: ☐ Yes ☐ No ☐ Unknown

Country of Birth: Primary Language:

Needs Interpreter: ☐ Yes ☐ No ☐ Unknown

SEXUAL ORIENTATION AND GENDER IDENTITY

Sex Assigned at Birth: ☐ Male ☐ Female ☐ Intersex ☐ Chose not to respond

Sexual Orientation:

☐ Straight or Heterosexual ☐ Pansexual
☐ Lesbian ☐ Not sure/Questioning
☐ Gay or Homosexual ☐ Option not listed
☐ Bisexual ☐ Don't know
☐ Queer ☐ Decline to answer

Current Gender Identity: (Check all that apply)

☐ Female/Woman ☐ Gender Non-conforming
☐ Male/Man ☐ Note sure/ Questioning
☐ Transgender woman ☐ Option not listed
☐ Transgender man ☐ Decline to answer
☐ Non-binary ☐ Gender X

Education Level: ☐ Less than High School ☐ Some High School ☐ High School Graduate or Equivalent ☐ Some College or Higher ☐ Don't Know ☐ Decline to Answer

ASSESSMENT

Assessment Date: _____ Yearly Income: Income Dependents:

Insurance Status: ☐ Insured ☐ Not Insured ☐ Underinsured ☐ Unknown

Insurance Status Reason: ☐ Enrolled, but Copay or Deductible is Barrier to Care ☐ Not Eligible ☐ Cannot Afford ☐ Chose not to Enroll ☐ Other (specify)

Insurance Coverage: ☐ Medicaid ☐ Medicaid Monthly Spend Down ☐ Medicare A ☐ Private ☐ Title X Family Planning/FPBP ☐ Medicare B

Insurance Provider: Deductible:

ENCOUNTER DETAILS

Encounter Date: _____ Provider Site: Medical Record No.:

How Heard of Program? (check only one): ☐ Internet (search engine, website, etc.) ☐ Advertising (TV, print, radio) ☐ Social Media (Facebook, Twitter [X], Instagram, etc.) ☐ Group or 1:1 Education ☐ Community Based Organization or Agency ☐ Doctor or Healthcare Provider Referral ☐ Family, Friend, Neighbor ☐ Current or Former Client

Details:

CANCER SCREENING HISTORY

19a. Previous Mammogram	☐1. Yes	☐ 2. No	☐ 3. Unknown	Where:	Date: __/__/____
19b. Previous Clinical Breast Exam	☐1. Yes	☐ 2. No	☐ 3. Unknown	Where:	Date: __/__/____
19c. Previous Breast MRI	☐1. Yes	☐ 2. No	☐ 3. Unknown	Where:	Date: __/__/____
20. Previous Pap Test	☐1. Yes	☐ 2. No	☐ 3. Unknown	Where:	Date: __/__/____
20a. Prior HPV Screening Test	☐1. Yes	☐ 2. No	☐ 3. Unknown	Where:	Date: __/__/____
21. Previous gFOBT	☐1. Yes	☐ 2. No	☐ 3. Unknown	Where:	Date: __/__/____
22. Previous FIT	☐1. Yes	☐ 2. No	☐ 3. Unknown	Where:	Date: __/__/____
23. Previous Sigmoidoscopy, DCBE, or Other	☐1. Yes	☐ 2. No	☐ 3. Unknown	Where:	Date: __/__/____
24. Previous Colonoscopy	☐1. Yes	☐ 2. No	☐ 3. Unknown	Where:	Date: __/__/____

RISK STATUS

NOTE: For reimbursement of services for clients under 40, attestation form must be completed if 25b or 25c is checked

25b. ☐ High Risk for Breast Cancer
25c. ☐ Clinically Significant Findings for Breast Cancer

25d. DOH Determined High Risk for Breast Cancer

26. Colorectal Cancer Increased Risk Criteria (Ineligible for Kit, complete Colonoscopy Prior Approval Request Form) (Check all that apply)

☐ 1. 3-4 (<1cm) adenomas, eligible 3-5 years after original polypectomy
☐ 2. Personal Hx of large (1cm+), multiple, or pre-cancerous polyp with dysplasia or villous changes
☐ 3. Personal Hx of colorectal cancer
☐ 4. Colorectal cancer or pre-Cancerous polyps in one 1st degree relative before age 60 or 2+ 1st degree relatives at any age. Age of Youngest Relative:
☐ 5. None

27a. Colorectal Cancer High Risk Criteria (Ineligible for Kit, complete Colonoscopy Prior Approval Request Form) (Check all that apply)

☐ 1. Family Hx of familial adenomatous polyposis (FAP)
☐ 2. Family Hx of hereditary non-polyposis colon cancer (HNPCC)
☐ 3. Personal Hx of Inflammatory Bowel Disease
☐ 4. Personal Hx of Chronic Ulcerative Colitis
☐ 5. Personal Hx of Crohn's Disease
☐ 6. None

27b. Immediate Colorectal Cancer Follow-up not required
Future CRC Screening Date: __/__/

28. Symptomatic for CRC, for clients aged 45-64 only. (Ineligible for Kit, complete Colonoscopy Prior Approval Request Form)

☐ Yes ☐ No

If yes, symptom (select one):

☐ 1. Abdominal Mass
☐ 2. Rectal (not pelvic) mass
☐ 3. Prolonged rectal bleeding w/ bowel change
☐ 4. Persistent rectal bleeding, no anal symptom
☐ 5. Nonspecific symptom, strongly suggest CRC

SCREENING INTAKE FORM – New York State Cancer Services Program

BREAST CANCER SCREENING SERVICES

29. CBE Date: _____

31. CBE Site: _ _ _ _ _ _

32. CBE Funds: ☐ 1. Program ☐ 2. Other

33a. Self Reported Breast Symptoms: ☐ 1. Yes ☐ 2. No

33b. Breast Findings (check only one):
- ☐ 1. Normal, benign, fibrocystic- rescreen in 1-2 years
- ☐ 2. Probably benign- repeat exam in 3-6 months- submit new SIF
- ☐ 3. Mass or other findings- immediate testing- submit FF
- ☐ 4. Not indicated – CBE in past 12 months
- ☐ 5. Indicated but not performed

34. Mammo Date: _____

35. Breast Cancer Risk — This is a provider obtained risk assessment
- ☐ 1. Assessed Average Risk
- ☐ 2a. BRCA Mutation Pers. Or 1st degree relative
- ☐ 2b. ≥20% Lifetime by risk assessment
- ☐ 2c. Radiation Tx to Chest (age 10-30)
- ☐ 2d. Genetic Syndrome
- ☐ 3. Risk not assessed
- ☐ 4. Unknown

36. Mammo Site: _ _ _ _ _ _

37. Mammo Funds: ☐ 1. Program ☐ 2. Other

38. Type of Mammo (Check one):
- ☐ Bilateral screening mammo
- ☐ Bilateral Diagnostic mammo
- ☐ Unilateral screening/ diagnostic mammo

39. Mammo Results (check only one):
- ☐ BIRADS 1 – Negative
- ☐ BIRADS 2 – Benign Finding
- ☐ BIRADS 3 – Prob Benign ST F/U
- ☐ BIRADS 4 – Suspicious abnormality Bx. Should be considered.
- ☐ BIRADS 5 – Highly suggestive of malignancy
- ☐ BIRADS 0 – Need additional Imaging
- ☐ BIRADS 0 – Need prior mammo for comparison
- ☐ Not Indicated
- ☐ Indicated but not performed

39a. Breast MRI Date: __/__/_____

39b. Breast MRI Site: _ _ _ _ _ _

39c. Breast MRI Type
- ☐ 1. Bilateral
- ☐ 2. Unilateral

39d. Breast MRI Funds
- ☐ 1. Program
- ☐ 2. Other

39e. Breast MRI Results (check only one):
- ☐ BIRADS 1 – Negative
- ☐ BIRADS 2 – Benign
- ☐ BIRADS 3 – Prob Benign ST F/U
- ☐ BIRADS 4 – Suspicious, Bx recommended
- ☐ BIRADS 5 – Highly suggestive of malignancy
- ☐ BIRADS 0 – Incomplete – Need additional imaging evaluation

40. Recommended Dates of Next Exam if NOT immediate:

CBE: __/__/_____

Mammo: __/__/_____

Breast MRI: __/__/_____

41. IMMEDIATE Breast Cancer Screening follow up (indicated if 3 checked in Q.33b or BIRADS 4, 5, or 0 checked in Q.39 or 39e.)

Date Referred: _____

Provider Referred to:

CERVICAL CANCER SERVICES

42a. Referral for Cancer Screening
- ☐ 1. Yes
- ☐ 2. Not indicated – cervical screening in past 12 months.
- ☐ 3. Refused
- ☐ 4. Not indicated – hysterectomy with cervix removed
- ☐ 5. Not indicated – per cervical screening guidelines
- ☐ 6. Not indicated – short term colposcopy (leave Q.42b.through Q.54 blank)

42b. ☐ Clinic Exception to Cervical Screening Interval

43. Date of pelvic with Pap test: __/__/_____

44. Cervical Cancer Risk — This is a provider obtained risk assessment
- ☐ 1. Assessed Average Risk
- ☐ 2. Prior DES exposure or Immunocompromised
- ☐ 3. Risk not assessed
- ☐ 4. Unknown

46. Pelvic Site: _ _ _ _ _ _

47. Pelvic Funds: ☐ 1. Program ☐ 2. Other

48. Pap Funds: ☐ 1. Program ☐ 2. Other

49. Pelvic Exam Findings:
- ☐ 1. Suspicious for cervical cancer
- ☐ 2. No findings related to cervical cancer
- ☐ 3. Not done - repeating Pap

50. Pap Test Speciment Adequacy:
- ☐ 1. Satisfactory
- ☐ 2. Unsatisfactory - Specify:
- ☐ 3. Unknown/Not Processed - Specify:

51. Pap Test Results:
- ☐ 1. Negative (within normal limits, includes infection)
- ☐ 2. A.S.C. – U.S.
- ☐ 3. Low Grade SIL (including HPV changes)
- ☐ 4. High Grade SIL
- ☐ 5. Squamous cell cancer
- ☐ 6. Other (specify):
- ☐ 7. A.S.C – H.
- ☐ 8. Not indicated
- ☐ 9. Not performed
- ☐ 10. Pap attempted, no cervix
- ☐ 11. A.G.C – all subcategories

52. Pap Lab Site: _ _ _ _ _ _

53. Pap Specimen Type
- ☐ 1. Conventional
- ☐ 2. Liquid Base

54. Recommended date of next exam if NOT Immediate: Mon - Yr

55. Immediate Cervical Cancer Screening follow up (indicated if 6 checked in Q. 42a, 1 checked in Q. 49 or 5, 6, 8 or 12 checked in Q. 51. and 4 if Q. 60 is also checked 2. Optional if 3 or 7 checked in Q. 51 or 2 checked in Q. 60.)

Date referred: __/__/_____ Provider Referred to:

HIGH RISK HPV DNA TESTING

56. Date of HR HPV Test: __/__/_____

57. HR HPV Lab Site: _ _ _ _ _ _

58. HR HPV Test Funds: ☐ 1. Program ☐ 2. Other

59. Type of HR HPV Test
- ☐ 1. Co-test
- ☐ 2. Primary Screening
- ☐ 3. Triage/Reflex
- ☐ 4. Surveillance

60. HR HPV Test Findings
- ☐ 1. Not Detected
- ☐ 2. Detected
- ☐ 3. Indeterminate

BCC Notes:

ENCOUNTER DETAILS

64. Referral for Colorectal Cancer Screening
- ☐ 1. Fecal Test distributed
- ☐ 2. Referred to colonoscopy or Sigmoidoscopy
- ☐ 3. Not indicated – per colorectal cancer screening guidelines
- ☐ 4. Fecal Test indicated but not Distributed
- ☐ 5. Fecal Test indicated but client refused

64a. Kit Type: ☐ gFOBT ☐ FIT

PCP/Ordering Physician:

Fax #:

64b. Kit Distribution Date: _____

64c. Site of Kit Distribution: _ _ _ _ _ _ 64d. Provider Specialty: _ _ _

65. FIT KIT ID (Optional): _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

66. Kit Status: ☐ Returned (go to Q67) ☐ Pending (stop here) ☐ Refused to return (stop here)

67. Kit Development Site: _ _ _ _ _ _

68. Kit Funds: ☐ 1. Program ☐ 2. Other

69. Date Kit Developed: __/__/_____

70. Kit Results: ☐ 1. Positive ☐ 2. Negative ☐ 3. Inadequate/Incomplete

71. Immediate Colorectal Cancer Screening follow up (indicated if Q. 26 or Q.27a checked, if option 1 checked in Q.26 or option 1 checked in Q.70)

Date referred: __/__/_____

Provider Referred To:

CRC Notes: