

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"/> Screening	<input type="checkbox"/> Service Consent	Education Completed <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Education Leaflet <input type="checkbox"/> Doctor & Insurance List <input type="checkbox"/> Process Letter	Pap Scheduled Appt. Date/Time: _____ / _____	Randomization ID: _____ <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Group</td> <td><input type="checkbox"/> Individual</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Survey <input type="checkbox"/> IRB Consent?</td> <td><input type="checkbox"/> No Survey</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Group	<input type="checkbox"/> Individual	<input type="checkbox"/> Survey <input type="checkbox"/> IRB Consent?	<input type="checkbox"/> No Survey
				<input type="checkbox"/> Group		<input type="checkbox"/> Individual			
				<input type="checkbox"/> Survey <input type="checkbox"/> IRB Consent?		<input type="checkbox"/> No Survey			
				Originally BCCS Eligible: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No					
				Taxi? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No					
<input type="checkbox"/> BCCS referral	<input type="checkbox"/> Service Consent	Education Completed <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Education Leaflet <input type="checkbox"/> Doctor & Insurance List <input type="checkbox"/> Process letter						
<input type="checkbox"/> Navigation	<input type="checkbox"/> Service Consent	Education Completed <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Education Leaflet <input type="checkbox"/> Doctor & Insurance List <input type="checkbox"/> Process letter						
<input type="checkbox"/> Education Only	<input type="checkbox"/> Service Consent	Education Completed <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Education Leaflet <input type="checkbox"/> Doctor & Insurance List <input type="checkbox"/> Process letter						
<input type="checkbox"/> Incomplete	<input type="checkbox"/> Service Consent	Education Completed <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 <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 <small>[STOP – education only - go to service consent/intake]</small>

e5. ¿Usted vive en Texas?

① Sí	② No <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 <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 <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 b. Medicaid c. Privada/aseguranza del trabajo d. Otra aseguranza de salud e. Health care options (UMC) 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> 0. Nunca me lo hecho 4. Hace 3 ó 4 años 5. Hace más de 5 años </td> <td> 1. Menos de 1 año 2. De 1 a 2 años 3. 2 to 3 years </td> </tr> </table>	0. Nunca me lo hecho 4. Hace 3 ó 4 años 5. Hace más de 5 años	1. Menos de 1 año 2. De 1 a 2 años 3. 2 to 3 years
0. Nunca me lo hecho 4. Hace 3 ó 4 años 5. Hace más de 5 años	1. Menos de 1 año 2. De 1 a 2 años 3. 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: _____

PROMOTORA: GO WITH HIGHEST NUMBER ELIGIBILITY	① "Possibly screening eligible" <i>[continue next page]</i>	② "Education" <i>[go to service consent]</i>	③ "Navigation" <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? (diario, semanal, quincenal, mensual, dos veces al mes)	Total Mensual	
TOTAL					

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		

<p>If there is an <input checked="" type="checkbox"/>, participant might be eligible for BCCS Navigation.</p> <p>Will the participant be able to provide all documentation?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes → BCCS Eligible</p> <p><input type="checkbox"/> No → De Casa Screening Eligible Go to Service Consent/Intake Form</p>	<p>If there is an <input checked="" type="checkbox"/>, participant is eligible for Screening</p>
---	--

[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 [pase a i7]		
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 Primaria: 1 2 3 4 5 Secundaria: 6 7 8 Diploma/GED/Preparatoria: 9 10 11 12		Universidad incompleta: 13 Carrera Técnica: 14 Colegio: 15 Título de Postgrado: 16		
i8. ¿Origen étnico?	① Hispano / Latino ② No-Hispano / Latino				
i9. ¿Cuál de las siguientes diría usted que es su raza?	① Anglo ② Asiático ③ Afro-Americano		④ Indio Americano / Nativo de Alaska 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? [marque todo lo que corresponda]	<input type="radio"/> Píldora anticonceptiva <input type="radio"/> Tubos atados/Tubal <input type="radio"/> Condones <input type="radio"/> Depo Shot <input type="radio"/> Dispositivo anticonceptivo intrauterino	<input type="radio"/> Anillo anticonceptivo/vaginal <input type="radio"/> Parche <input type="radio"/> Implante/Norplant <input type="radio"/> Métodos naturales (rhythm) <input type="radio"/> Ninguna	<input type="radio"/> Otro: _____

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

C1. Primer Nombre:	C2. Segundo Nombre:	C3. Apellido:
C4. Domicilio:	C5. Ciudad:	C6. Estado:
C7. Código Postal:		
C8: Tel Casa:	C9: Tel Celular:	C10. Tel de Trabajo:
	Podemos mandarle mensaje por texto: Si ___ No ___	
C11. Correo Electrónico:	C12. Correo Electrónico Alt:	
C13. Persona de Contacto 1:	C14. Teléfono:	C15. Relación:
C16. Persona de Contacto 2:	C17. Teléfono:	C18. 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 <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"> <input type="checkbox"/> Prefiero un doctor de sexo masculino <input type="checkbox"/> Prefiero una doctora <input type="checkbox"/> El personal de la clínica no habla español. <input type="checkbox"/> No hay transporte <input type="checkbox"/> Las horas de la clínica no son convenientes. <input type="checkbox"/> No entenderé los resultados <input type="checkbox"/> No tengo seguro <input type="checkbox"/> Embarazoso <input type="checkbox"/> Me siento nervioso / asustado. <input type="checkbox"/> No confío en los médicos. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Las pruebas tardan demasiado. <input type="checkbox"/> Falta de información. o Ya tenía uno. <input type="checkbox"/> Mi pareja no quiere que lo haga. <input type="checkbox"/> Las horas de la clínica no son convenientes. <input type="checkbox"/> No tengo tiempo ni guardería. <input type="checkbox"/> No lo necesito. <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Otros: _____

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

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?

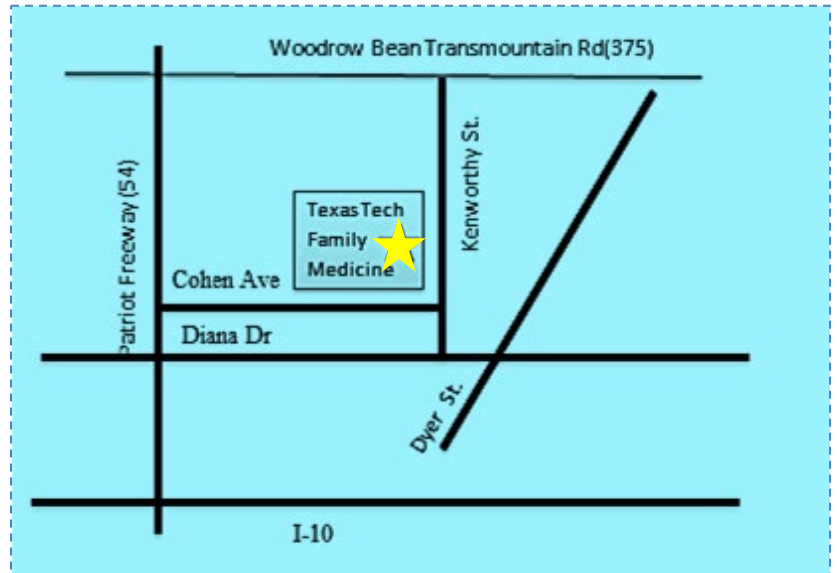
Si no puede asistir a la cita, por favor llame al 915-215-5621 y vamos a volver a programar la cita.

¿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.

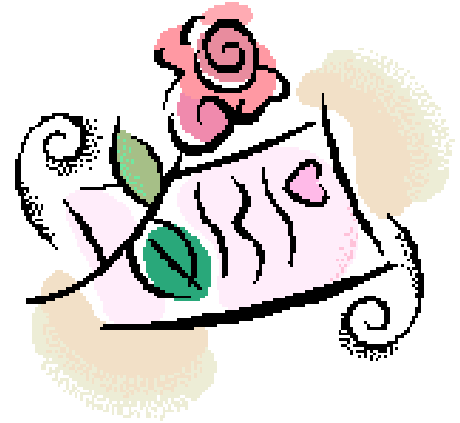
Si usted tiene alguna pregunta por favor llame al: **915-215-5621**.

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.

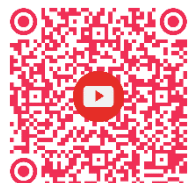
DESCUBRA SI ES
ELEGIBLE



LLAME PARA MÁS
INFORMACIÓN



CHW Name &
Phone Number

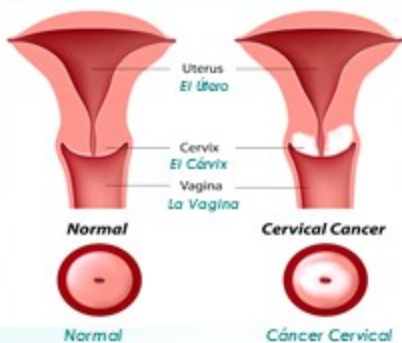


De Casa En Casa

CERVICAL CANCER PREVENTION
Texas Tech University Health Sciences Center El Paso

CERVICAL CANCER

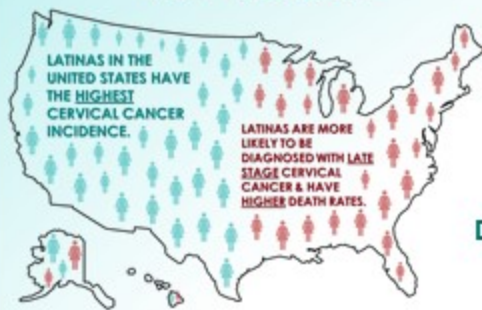
- Cervical cancer can take **many years** to develop.
- For this reason, it is important for all women to have pap tests **regularly**.



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?

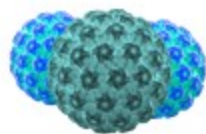


CAUSES OF CERVICAL CANCER

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

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

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.