

FIT #: _____



1. **TODAS LAS PREGUNTAS DEBEN SER RESPONDIDAS. Por favor, imprima claramente.**
2. Leer y firmar.
3. Entregue el formulario **COMPLETADO** al proveedor del kit y envíe por correo el kit de prueba completo en el sobre de devolución provisto.

Primer Nombre:	Inicial:	Apellido:	Nombre de soltera:		
Fecha de nacimiento: / /	Dirección:		El mejor número de teléfono para comunicarse con usted: ()		
Ciudad:		County:	Estado:	Código Postal:	
Genero: ☐ Masculino ☐ Femenino		¿Es usted de origen Latino/Hispano? ☐ Sí ☐ No ☐ No sé Cuál es el idioma principal que se habla en casa? ☐ Inglés ☐ Español ☐ Vietnamita ☐ Otro _____			
¿A que raza o etnia pertenece? (Marque todas las casillas que se aplican) ☐ Indio Americano/Nativo de Alaska Tribu _____ ☐ Negro/Afro-Americano ☐ México-Americano ☐ Blanco ☐ Asiático ☐ Isleño del Pacífico/Hawaiano Nativo ☐ Otro _____ ☐ No sé					
¿Tiene seguro de gastos médicos? ☐ Sí ☐ No (Nota: A su plan de salud no se le facturará por esta prueba, ni se le notificarán los resultados de su prueba individual.)			¿Alguna vez te han hecho pruebas de detección de cáncer colorrectal? ☐ No ☐ Sí, en el último año ☐ Sí, hace más de un año ☐ No sé		
¿Quién es su médico de cabecera? Nombre del médico: _____ Nombre de la clínica: _____ Ciudad: _____					

Declaración de divulgación: Esta prueba se usa solo para detectar sangre oculta en las heces, que puede ser un signo de varias afecciones, como hemorroides, pólipos en el colon, cáncer, diverticulitis y úlceras. Un resultado positivo de la prueba significa que debe comunicarse con su médico de familia para un examen de seguimiento. Un resultado negativo de la prueba no significa que usted no tenga cáncer. Un resultado negativo significa que usted debe ser examinado anualmente. Usted debe discutir las recomendaciones de la Sociedad Americana Contra El Cáncer para exámenes colorrectales con su médico para determinar mejor con qué frecuencia debe ser examinado. Mi proveedor de atención médica y laboratorio pueden entregar los resultados de mi kit FIT y los resultados de la colonoscopia a NCP para el pago y la garantía de calidad. No se compartirá información con fuentes externas.

Autorización para divulgar información: Por la presente autorizo la divulgación de los resultados de mis pruebas de heces; la información contenida en mi formulario de registro y las pruebas relacionadas recomendadas a la instalación de pruebas y a mi médico. Esta información, así como la identidad del paciente y del médico, se mantendrá estrictamente confidencial y se utilizará solo con fines estadísticos por el Programa de detección de cáncer de colon de Nebraska. El destinatario de esta información del paciente tiene prohibido revelar la información a cualquier otra parte y está obligado a destruir la información después de que se haya satisfecho la necesidad.

Nombre en letra imprenta (primero, segundo, apellido) _____

Su firma: _____ Fecha: ____/____/____

Si tiene preguntas, comuníquese con los Programas de Salud para Mujeres y Hombres de Nebraska: