

Inscripción en el Wisconsin Well Woman Program (WWWP)
Wisconsin Well Woman Program (WWWP) Enrollment

Escriba en letra de molde. La información sobre la clienta dada en este documento es confidencial bajo Wis. Stats. 146.42

Información personal: Completada por la clienta

1. Apellido (si corresponde, indique el apellido paterno y el apellido materno): _____

2. Primer nombre: _____

3. Inicial del segundo nombre: _____

4. Apellido anterior: _____

5. Calle: _____

6. Ciudad: _____

7. Estado: _____

8. Código postal: _____

9. Condado donde vive: _____

10. Tribu indígena americana: _____

11. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): _____

12. Número de identificación de la clienta: _____ - _____ - _____

13. Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____

14. Número de teléfono durante el día: _____

15. Otro número de teléfono o celular: _____

16. Dirección postal: (si es distinta a la anterior): _____

17. Ciudad: _____ 18. Estado: _____

19. Código postal: _____

20. Raza (marque todo lo que corresponda):

☐ Blanca

☐ Negra o afroamericana

☐ Asiática

☐ Nativa de Hawái u otra isla del Pacífico

☐ India americana o nativa de Alaska

☐ Desconocida

21. Origen étnico:

☐ Hispana o latina

☐ No hispana

☐ Desconocido

22. Contacto de emergencia que no viva con usted: _____

23. Relación: _____

24. Dirección: _____

25. Ciudad: _____ 26. Estado: _____

27. Código postal: _____

28. Número de teléfono durante el día del contacto: (_____) _____

29. Otro número de teléfono o celular: (_____) _____

Información sobre el seguro médico: Completada por la clienta

30. ¿Tiene Medicaid (incluida la exención para planificación familiar)? ☐ Sí ☐ No
31. ¿Tiene la Parte B de Medicare? ☐ Sí ☐ No
32. ¿Tiene seguro médico? ☐ Sí ☐ No
33. ¿Tiene seguro médico por discapacidad? ☐ Sí ☐ No

Información del proveedor de atención médica: Completada por la cliente

34. ¿Tiene un proveedor de atención médica primaria? ☐ Sí ☐ No
35. Si es así, nombre del proveedor: _____
36. Nombre de la clínica: _____
37. Dirección: _____
38. Ciudad: _____ 39. Estado: _____
40. Código postal: _____
41. ¿Cómo se enteró de este programa? Marque la casilla correspondiente:

☐ Coordinador del WWP	☐ Folleto o póster	☐ Anuncio en autobús
☐ Pariente o amigo	☐ Clínica o proveedor médico	☐ Otro
☐ Radio o TV	☐ Feria	
☐ Periódico	☐ Cartel	

42. Acuerdo de participación de la clienta

Entiendo y acepto lo siguiente: El Wisconsin Well Woman Program (WWWP) usará la información que me identifica sólo para la inscripción, la administración y el manejo de casos del programa. Autorizo al WWP a divulgar mi información médica a la agencia coordinadora local (LCA), a otros proveedores de servicios, a las agencias de derivación y al Estado de Wisconsin. Entiendo que el WWP cubre los servicios de exámenes preventivos, pero no cubre los servicios de tratamiento médico. He consultado los criterios actuales de elegibilidad del programa y, según mi leal saber y entender, mis ingresos anuales no los exceden. Toda la información que he dado es verdadera y correcta. Informaré a la LCA del WWP si me mudo o si ya no deseo continuar participando.

Entiendo que la inscripción es válida por un (1) año a partir de la fecha de la firma.

43. Firma del solicitante: _____
44. Fecha de la firma: _____
45. Firma del testigo: _____
46. Fecha de la firma: _____

Office use only47. ☐ Enrollment ☐ Re-Enrollment ☐ Dis-Enrollment Date (mm/dd/yy): _____

48. Certifying agency number: _____ 49. Certifying agency name: _____

50. Enrollment start date (mm/dd/yy): _____

51. Enrollment end date (mm/dd/yy): _____

52. Age: ≥ 35 ☐ Yes ☐ No53. Income $\leq 250\%$ of federal poverty level ☐ Yes ☐ No54. ☐ Uninsured 55. ☐ Underinsured

(See insurance information above)

56. Translation services needed: ☐ Yes ☐ No 57. Language: _____

58. Household size: _____

59. ☐ Meets eligibility requirements

Eligibility confirmed by:

60. Printed name: _____

61. Signature: _____