



Women's Wellness Programs 40 to 64

Overview:

The Women's Wellness Program is a program that provides specialized services for women through the breast, cervical and cardiovascular disease screening process. These programs are provided by the Colorado Department of Public Health and Environment.

Women are eligible if they*:

- Are between **40 and 64** years of age for all services
- Have family income at or below 250% of the Federal Poverty Level
- Are lawfully present in the United States

Services that can be provided*:

- Clinical breast exam
- Pap test
- Pelvic exam
- Mammograms annually for women 50-64, women 40-49 may receive a mammogram depending upon risk factors
- Blood pressure
- Body Mass Index (BMI)
- Cholesterol
- A1c Blood sugar
- Diagnostic services as needed
- Case management and/or health coaching services
-

Enrollment: Women may enroll in the program by completing the program paperwork and scheduling an exam. Please ask an Enrollment Specialist or Customer Service Associate for assistance.

****Enrollment in programs or services provided are not guaranteed. Please fill out a packet and someone will be in contact with you regarding which programs you are enrolled in.**



CERVICAL DIAGNOSTICS DATA ENTRY TOOL

AGENCY OR SITE		eCaST ID		
LAST NAME	FIRST NAME	SSN	DATE OF BIRTH	AGE

COLPOSCOPY RESULT WITH BIOPSY/ECC RESULT:		DATE PERFORMED:	
<input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Benign, HPV, condyloma, atypia <input type="checkbox"/> CIN I or mild dysplasia <input type="checkbox"/> CIN II or moderate dysplasia		<input type="checkbox"/> CIN III, CIS, AIS, or severe dysplasia <input type="checkbox"/> Invasive cervical carcinoma <input type="checkbox"/> Insufficient sample	
LOCATION PERFORMED:		FUNDING: <input type="checkbox"/> WWC <input type="checkbox"/> Other	

COLPOSCOPY WITHOUT BIOPSY RESULT:		DATE PERFORMED:	
<input type="checkbox"/> Adequate Colpo/ Normal Appearing Cervix <input type="checkbox"/> Inadequate/ Abnormal/ Further Diagnostic Need			
LOCATION PERFORMED:		FUNDING: <input type="checkbox"/> WWC <input type="checkbox"/> Other	

OTHER CERVICAL DX PROCEDURE:		DATE PERFORMED:	
TYPE: <input type="checkbox"/> Cold Knife Cone (CKC) <input type="checkbox"/> Endometrial Biopsy (EMB only covered after AGC pap)		<input type="checkbox"/> Gyn Consult <input type="checkbox"/> LEEP/ LOOP <input type="checkbox"/> Polyp removal <input type="checkbox"/> Other (please specify)	
RESULT: <input type="checkbox"/> Negative (WNL) <input type="checkbox"/> CIN I or mild dysplasia <input type="checkbox"/> CIN II or moderate dysplasia		<input type="checkbox"/> CIN III, CIS, AIS, or severe dysplasia <input type="checkbox"/> Invasive cervical carcinoma <input type="checkbox"/> Insufficient results	
LOCATION PERFORMED:		FUNDING: <input type="checkbox"/> WWC <input type="checkbox"/> Other	

FINAL DIAGNOSIS STATUS:	
DIAGNOSTIC WORK-UP IS COMPLETE (choose one below): <input type="checkbox"/> Return for annual exam <input type="checkbox"/> Patient needs short-term follow-up in _____ months <input type="checkbox"/> Treatment needed <input type="checkbox"/> Further immediate diagnostic tests required	DIAGNOSTIC WORK-UP IS NOT COMPLETE (choose one below): <input type="checkbox"/> Lost to follow-up: Date: _____ <input type="checkbox"/> Refused: Date: _____ <input type="checkbox"/> Deceased: Date: _____

FINAL DIAGNOSIS: Required 60 days after first abnormal screening.		FINAL DIAGNOSIS DATE:	
<input type="checkbox"/> Normal, benign reaction or inflammation <input type="checkbox"/> HPV, Condylomata or Atypia <input type="checkbox"/> CIN I or mild dysplasia		*Results require treatment! <input type="checkbox"/> *CIN II or moderate dysplasia <input type="checkbox"/> *CIN III, CIS, AIS, severe dysplasia	
<input type="checkbox"/> *Invasive cervical carcinoma <input type="checkbox"/> Other (please specify):			
TREATMENT: Required when Final Diagnostic is abnormal. To be initiated within 60 days of Final Diagnosis.		TREATMENT DATE:	
<input type="checkbox"/> Treatment pending <input type="checkbox"/> Treatment started: Date: _____		<input type="checkbox"/> Treatment not done (choose one below): <input type="checkbox"/> Lost to follow-up: Date: _____ <input type="checkbox"/> Refused: Date: _____ <input type="checkbox"/> Deceased: Date: _____	
MEDICAID ELIGIBILITY: Required when Final Diagnostic is abnormal. To be initiated within 5 days of Final Diagnosis.			
<input type="checkbox"/> Eligible		<input type="checkbox"/> Not eligible: Reason _____	

PROCEDURES

FINAL DIAGNOSIS SUMMARY

CLINICAL CYCLE DATA ENTRY TOOL



AGENCY OR SITE		CLINICIAN NAME		eCaST ID		OFFICE VISIT DATE	
LAST NAME		FIRST NAME		SSN	DATE OF BIRTH		AGE
BREAST CANCER SCREENING				CERVICAL CANCER SCREENING			
MEDICAL HISTORY				MEDICAL HISTORY			
<input type="checkbox"/> WWC funded breast health education provided <input type="checkbox"/> Self reported breast symptoms <input type="checkbox"/> Prior diagnosis of breast cancer <input type="checkbox"/> Parent, sibling, or child has history of breast cancer Previous Mammogram <input type="checkbox"/> Yes (choose one): <input type="checkbox"/> Date known: _____ <input type="checkbox"/> Date unknown but <2 years <input type="checkbox"/> Date unknown but >2 years <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Patient does not know Current Mammogram Reason <input type="checkbox"/> Routine screening mammogram <input type="checkbox"/> Short term follow-up <input type="checkbox"/> Mammogram not done <input type="checkbox"/> Abnormal CBE or new symptoms <input type="checkbox"/> Patient referred in for diagnostic eval.				<input type="checkbox"/> WWC funded cervical health education provided <input type="checkbox"/> History of CIN II/III or cervical cancer <input type="checkbox"/> HIV/Immunocompromised <input type="checkbox"/> DES Exposure Hysterectomy status <input type="checkbox"/> Hysterectomy due to cervical neoplasia/cancer <input type="checkbox"/> Hysterectomy with intact cervix <input type="checkbox"/> No hysterectomy <input type="checkbox"/> Hysterectomy unrelated to cervical neoplasia (e.g. fibroids) Previous Pap Test <input type="checkbox"/> Yes (choose one): <input type="checkbox"/> Date known: _____ <input type="checkbox"/> Date unknown but <5 years <input type="checkbox"/> Date unknown but >5 years <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Patient does not know Current Pap Reason <input type="checkbox"/> Routine pap test <input type="checkbox"/> Short term follow-up <input type="checkbox"/> No pap test done <input type="checkbox"/> Patient referred in for diagnostic eval.			
SCREENING PROCEDURES *Requires immediate follow up				SCREENING PROCEDURES *Requires immediate follow up			
CBE				PELVIC			
Date performed: _____ Funding: <input type="checkbox"/> WWC <input type="checkbox"/> Other: _____ Location performed: _____ <input type="checkbox"/> Not suspicious for breast cancer <input type="checkbox"/> *Suspicious for breast cancer				Date performed: _____ Funding: <input type="checkbox"/> WWC <input type="checkbox"/> Other: _____ Location performed: _____ <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> *Abnormal cervical lesion			
MAMMOGRAM				PAP TEST			
Date performed: _____ Funding: <input type="checkbox"/> WWC <input type="checkbox"/> Other: _____ Location performed: _____ Type: <input type="checkbox"/> Screening <input type="checkbox"/> Diagnostic <input type="checkbox"/> BI-RADS 1: Negative <input type="checkbox"/> BI-RADS 2: Benign <input type="checkbox"/> BI-RADS 3: Probably Benign <input type="checkbox"/> *BI-RADS 4: Suspicious abnormality <input type="checkbox"/> *BI-RADS 5: Highly suggestive of malignancy <input type="checkbox"/> *BI-RADS 0: Assessment is incomplete, need additional imaging				Date performed: _____ Funding: <input type="checkbox"/> WWC <input type="checkbox"/> Other: _____ Location performed: _____ Type: <input type="checkbox"/> Liquid based <input type="checkbox"/> Conventional <input type="checkbox"/> Negative for intraepithelial lesion or malignancy <input type="checkbox"/> Negative (with no ECC) <input type="checkbox"/> ASC-US <input type="checkbox"/> Low grade SIL encompassing HPV, mild dysplasia <input type="checkbox"/> ASC-US Adequacy: <input type="checkbox"/> Satisfactory <input type="checkbox"/> Unsatisfactory <input type="checkbox"/> *High grade SIL, moderate & severe dysplasia, CIS, AIS <input type="checkbox"/> *ASC-H <input type="checkbox"/> *Atypical glandular cells-AGC <input type="checkbox"/> *Invasive cervical carcinoma <input type="checkbox"/> Other (rare): _____			
				HPV			
				Date performed: _____ Funding: <input type="checkbox"/> WWC <input type="checkbox"/> Other: _____ Location performed: _____ <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Positive <input type="checkbox"/> Insufficient			
FOLLOW UP RECOMMENDATION				FOLLOW UP RECOMMENDATION			
<input type="checkbox"/> Follow routine screening <input type="checkbox"/> Patient needs short-term follow-up, client to return in _____ months <input type="checkbox"/> Screening or diagnostic procedures not complete because: <input type="checkbox"/> Pending screenings <input type="checkbox"/> Lost to follow-up, Date: _____ <input type="checkbox"/> Refused, Date: _____ <input type="checkbox"/> Client referred for further immediate work-up <input type="checkbox"/> Deceased, screening/diagnostics not complete				<input type="checkbox"/> Follow up per ASCCP screening guidelines <input type="checkbox"/> Pap/HPV in 5 years <input type="checkbox"/> Pelvic or Pap in 3 years <input type="checkbox"/> Patient needs short-term follow-up, client to return in _____ months <input type="checkbox"/> Pending screening(s) not complete <input type="checkbox"/> Client referred for further immediate workup <input type="checkbox"/> Lost to follow-up, Date: _____ <input type="checkbox"/> Refused, Date: _____ <input type="checkbox"/> Client referred for further immediate work-up <input type="checkbox"/> Deceased, screening/diagnostics not complete			

CONSENT FORM

AGENCY OR SITE #	eCaST ID	DATE OF BIRTH	AGE
LAST NAME	FIRST NAME	MIDDLE NAME	MAIDEN NAME

To the best of my knowledge, the GROSS MONTHLY (before taxes) income for my household is: _____. The number of people living on this income including myself (this may include people not living in your house) is: _____.

CLIENT INSTRUCTIONS: Please read this page carefully before signing at the bottom. By signing this form, you are consenting to enrollment for ALL three programs listed below, if offered by this clinic and if you are eligible. You will remain enrolled as long as you meet eligibility requirements and do not request to be withdrawn.

I am enrolling in Women's Wellness Connection (WWC) Clinical Services program and I understand the following:

The Clinical Services program pays for testing in order to screen and diagnose breast and cervical cancer depending on my age. The program does not pay for tests and care that are not related to finding breast or cervical cancer. I have talked to someone at this clinic and understand the choices available to me if cancer is diagnosed. As part of this program, I understand that I cannot have Medicaid, Medicare, or other health insurance that will pay for these tests or my health insurance has a high deductible or co-pay that I cannot afford.

I am enrolling in the Women's Wellness Connection (WWC) Care Coordination program and I understand the following:

The Care Coordination program will help me move through the healthcare system to achieve the best possible breast and cervical health results. This program provides care coordination for breast and cervical appointments depending on my age. The Care Coordination program does not pay for tests or clinic visits. This program may include help with:

- Learning where to sign up for health insurance
- Education about health screening tests
- Understanding test results
- Scheduling appointments

I am enrolling in the Women's Wellness Connection (WWC) Well-Integrated Screening and Evaluation for Women Across the Nation (WISEWOMAN) program and I understand the following:

The WISEWOMAN program pays for screening for cardiovascular disease risk factors (assessment of body mass index, blood pressure, cholesterol, and glucose), risk reduction counseling, medical follow-up (if required) and healthy behavior support options, for which my insurance does not pay, in an effort to prevent cardiovascular disease.

I also understand the following:

- WWC will gather my breast, cervical and cardiovascular health information. This may include: name, age, income, legal presence, insurance status, test results, family and personal medical history. Information obtained by the program is used to find new ways to improve the health of all women.
- I may get letters in the mail to remind me when it is time to go back to my clinic for tests or treatment.
- WISEWOMAN, Clinical Services and Care Coordination programs are run by the Colorado Department of Public Health and Environment.
- My health information can be shared for care and treatment purposes for this program with my doctor, clinic, hospital or laboratory, and my doctor, clinic, hospital or laboratory may use and disclose my information as needed for these purposes.
- I have the right to leave the program at any time. I understand that any information shared prior to my leaving the program will be kept by WWC. All information is kept private.
- If I am diagnosed with breast or cervical cancer, I understand that if I have health insurance that covers cancer treatment, I will not be eligible for the Breast and Cervical Cancer Medicaid Program.
- WWC does not pay for some tests and does not pay for ANY cancer treatment.

My responsibilities are as follows:

- If I no longer want to take part in WWC WISEWOMAN, Clinical Services, or Care Coordination programs, I will inform my healthcare provider **IN WRITING** and I will be withdrawn from the program. This authorization expires when I formally withdraw from the programs.
- I have talked to someone from this clinic about what choices I have and understand that I may have to pay for some tests and treatment that WWC does not cover.
- My provider, clinic, hospital, laboratory, and mammography center may share my information with: _____ and WWC.
(contract agency name)

I have read and understand the above information. All of the information that I have provided about myself to the clinic is true.

SIGNATURE

NAME (PLEASE PRINT)

DATE



Verification of Lawful Presence
AFFIDAVIT
Women's Wellness Connection (WWC) / WISEWOMAN

I, _____, swear or affirm under penalty of perjury under the laws of the State of Colorado that (check one):

- I am a United States citizen, or
- I am a Permanent Resident of the United States, or
- I am lawfully present in the United States pursuant to Federal law.

I understand that this sworn statement is required by law because I have applied for a public benefit. I understand that state law requires me to provide proof that I am lawfully present in the United States prior to receipt of this public benefit. I further acknowledge that making a false, fictitious, or fraudulent statement or representation in this sworn affidavit is punishable under the criminal laws of Colorado as perjury in the second degree under Colorado Revised Statute 18-8-503 and it shall constitute a separate criminal offense each time a public benefit is fraudulently received.

Signature

Date

PLEASE ANSWER THE FOLLOWING SCREENING QUESTIONS

Have you ever had a mammogram before? Yes _____ No _____

Where? _____

When? _____

Are you currently experiencing any issues with your breasts? Yes _____ No _____

Please explain: _____

Has your mother, sibling, or daughter ever had breast cancer? Yes _____ No _____

Have **you** ever had breast cancer? Yes _____ No _____

When? _____

Have you ever had breast surgery? Yes _____ No _____

Please explain: _____

Do you have breast implants? Yes _____ No _____

Do you need assistance during your mammogram because of a physical disability? Yes _____ No _____

Are you currently pregnant or breast feeding? Yes _____ No _____

When was your last menstrual period? _____

Have you ever had a pap smear before? Yes _____ No _____

Where? _____

When? _____

Have you had a Hysterectomy? Yes _____ No _____

SCHEDULING PREFERENCE FOR MAMMOGRAMS

Please use the space below to document your scheduling preferences for your mammogram. Scheduling is normally 1-2 weeks out and we will do our best to schedule during your appointment during your preferred day(s)/time(s). **Keep in mind that screening mammogram appointments take approximately 45 minutes; for diagnostic procedures, your appointment may take up to two hours.**

Circle preferred day(s): M T W Th F ANY

Circle preferred time(s): AM PM ANY



Women's Wellness Programs

40 to 64

Descripción del programa:

El Programa Bienestar de la Mujer (*Women's Wellness*) es un programa que proporciona, a mujeres, servicios especializados a través de exámenes de los senos, exámenes de detección de enfermedades cardiovasculares y del cuello uterino. Estos servicios son proporcionados por el Departamento de Salud Pública y Medio Ambiente de Colorado.

Las mujeres que pueden beneficiarse deben *:

- Tener entre 40-64 años de edad para todos los servicios
- Tener un ingreso familiar igual o menor del 250 % del nivel de pobreza Federal
- Estar legalmente en Los Estados Unidos.

Servicios que pueden ser proporcionados *:

- Examen clínico de los senos
- Prueba de Papanicolaou
- Examen ginecológico
- Mamografías anuales para mujeres entre los 50 y 64 años de edad. Las mujeres de 40 a 49 años pueden recibir el beneficio de una mamografía dependiendo de sus factores de riesgo
- Revisión de la presión sanguínea
- Índice de la Masa Corporal (IMC)
- Examen de colesterol
- A1c (examen de azúcar en la sangre)
- Servicios de diagnóstico, según sea necesario
- Administración de tratamiento y consejos para mejorar su salud

Inscripción: Las mujeres pueden inscribirse llenando los formularios del programa y programando un examen. Por favor, consulte a un especialista de inscripción o a un empleado de servicio al cliente para recibir ayuda.

**** El inscribirse en el programa no es garantía de que pueda calificar para todos los servicios. Por favor llene un paquete de formas y una persona se pondrá en contacto con usted para informarle a cuales servicios usted califica y en cuales está inscrito.**



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

AGENCY OR SITE #	eCaST ID	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD
APELLIDO	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO DE SOLTERA

Según mi leal saber y entender, los ingresos BRUTOS MENSUALES (antes de deducir impuestos) de mi grupo familiar es: _____. La cantidad de personas que viven de estos ingresos, incluyéndome a mí (esto puede incluir personas que no viven en su casa) es: _____.

INSTRUCCIONES PARA LA PACIENTE: lea esta página atentamente antes de firmar al pie. Al firmar este formulario, usted da su consentimiento de inscripción en los 3 programas que se mencionan abajo, si esta clínica los ofrece y si usted es elegible. Permanecerá inscrita mientras cumpla con los requisitos de elegibilidad y hasta que solicite ser dada de baja.

Me inscribo en la orientación de salud de Women's Wellness Connection (WWC) y comprendo lo siguiente:

La orientación de salud me ayudará a transitar por el sistema de atención de salud para obtener los mejores resultados en caso de padecer de cáncer de mama y cuello uterino. El programa ofrece orientación de salud para citas de cáncer de mama y cuello uterino según mi edad. El programa no cubre las pruebas ni citas clínicas pero puede incluir asistencia para lo siguiente:

- Saber dónde inscribirme para recibir seguro de salud.
- Obtener información sobre pruebas de detección.
- Comprender los resultados de las pruebas.
- Programar las citas.

Me inscribo en los servicios clínicos de Women's Wellness Connection (WWC) y comprendo lo siguiente:

El programa de servicios clínicos cubre las pruebas para la detección y el diagnóstico del cáncer de mama y cuello uterino según mi edad. El programa no cubre las pruebas ni la atención que no estén relacionadas con la detección del cáncer de mama o cuello uterino. He hablado con un integrante del personal de esta clínica y comprendo las opciones que tengo disponibles si me diagnostican cáncer. Como parte de los servicios clínicos, entiendo que no puedo tener Medicaid, Medicare ni ningún otro seguro de salud que pague por estas pruebas, o bien mi seguro de salud tiene un deducible elevado o un copago que no puedo pagar.

Me inscribo en el programa WISEWOMAN (detección y evaluación integradas para mujeres de todo el país) y reconozco lo siguiente:

El programa WISEWOMAN cubre la detección de factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares (evaluación del índice de masa corporal, presión arterial, colesterol y glucosa), orientación en reducción de riesgos, seguimiento médico (si es necesario) y opciones de apoyo de conductas saludables, que mi seguro de salud no cubre, en un esfuerzo por prevenir las enfermedades cardiovasculares

Además, comprendo lo siguiente:

- WWC y WISEWOMAN compilará la información relacionada con mi salud mamaria, cervicouterina y cardiovascular. Esta información puede incluir: nombre, edad, ingresos, estancia legal en los EE. UU., características del seguro, resultados de pruebas así como antecedentes médicos familiares y personales. La información que se obtenga a través del programa se utiliza para hallar nuevas formas de mejorar la salud de todas las mujeres.
- Es posible que reciba comunicaciones, como llamadas telefónicas, cartas o correos electrónicos para recordarme cuándo debo regresar a mi clínica para realizar pruebas o recibir tratamiento.
- WWC y WISEWOMAN son programas implementados por el Departamento de Salud Pública y Medio Ambiente de Colorado (CDPHE).
- A los efectos de la atención y tratamiento por este programa, mi información médica podrá ser divulgada a mi médico, clínica, hospital o laboratorio, y estos podrán usarla y divulgarla según sea necesario en relación con dichos fines.
- Tengo el derecho de darme de baja del programa en cualquier momento. Comprendo que toda información que se haya compartido antes de que abandone el programa la conservará WWC y WISEWOMAN. Se mantiene la privacidad de toda la información.
- Comprendo que si tengo un seguro de salud que cubre el tratamiento contra el cáncer, no podré beneficiarme del programa de tratamiento contra el cáncer de mama y cuello uterino de Medicaid si me diagnostican cáncer de mama o cuello uterino.
- WWC y WISEWOMAN no cubren algunas pruebas ni NINGÚN tratamiento contra el cáncer.

Mis deberes son los siguientes:

- Si ya no deseo participar en los programas de WWC o WISEWOMAN, informaré a mi proveedor de atención médica POR ESCRITO para que me den de baja del programa. Esta autorización vencerá cuando me haya retirado formalmente de los programas.
- He hablado con alguien de esta clínica sobre las opciones que tengo, y entiendo que es posible que deba pagar por algunas pruebas y tratamientos que WWC y WISEWOMAN no cubren.
- Mi proveedor, clínica, hospital, laboratorio y centro de mamografías pueden compartir mi información con: _____ y CDPHE.
(nombre de la agencia contratada)

FIRMA

NOMBRE (LETRA DE IMPRENTA)

FECHA



Verificación de presencia legal
DECLARACIÓN JURADA
Women's Wellness Connection (WWC) / WISEWOMAN

Yo, _____, juro y afirmo bajo pena de perjurio bajo las leyes del Estado de Colorado que (marque uno):

- Yo soy un ciudadano de los Estados Unidos, o
- Soy un residente permanente de los Estados Unidos, o
- Estoy legalmente en los Estados Unidos en virtud de la Ley Federal.

Tengo entendido que esta declaración jurada es requerida por la ley, debido a que he solicitado un beneficio público. Tengo entendido que la ley estatal requiere que compruebe que estoy legalmente en los Estados Unidos antes de la recepción de este beneficio público. También reconozco que hacer una declaración o representación falsa, ficticia o fraudulenta en esta declaración jurada es penada bajo las leyes de penal de Colorado como perjurio en el segundo grado por el estatuto revisado de Colorado 18-8-503 y constituirá un delito criminal separado cada vez que un beneficio público se recibe de forma fraudulenta.

Firma

Fecha

POR FAVOR DE CONTESTAR LAS PREGUNTAS SIGUIENTES

¿Ha tenido una mamografía antes? Sí _____ No _____

¿Dónde? _____

¿Cuándo? _____

¿Está corrientemente teniendo problemas con sus senos? Sí _____ No _____

Por favor explique: _____

¿Su madre, hermana/hermano, o hija ha tenido cáncer de mama? Sí _____ No _____

¿Ha tenido usted cancer de mama? Sí _____ No _____

¿Cuándo? _____

¿Ha tenido cirugía de senos? Sí _____ No _____

Por favor explique: _____

¿Tiene usted implantes mamarios? Sí _____ No _____

¿Necesita asistencia durante la mamografía debido a una incapacidad física? Sí _____ No _____

¿Está embarazada o amamantando? Sí _____ No _____

¿Cuándo fue la menstruación más reciente? _____

¿Ha tenido una prueba de Papanicolau antes? Sí _____ No _____

¿Dónde? _____

¿Cuándo? _____

¿Ha tenido una Histerectomía? Sí _____ No _____

PREFERENCIA PROGRAMACIÓN PARA MAMOGRAMAS

Utilice el espacio para una lista de sus preferencias de programación para su mamografía. La programación es normalmente de 1-2 semanas fuera. **Tenga en cuenta que las mamografías de toman aproximadamente 45 minutos; para los procedimientos de diagnóstico, la cita tendrá una duración aproximada de dos horas.**

Por favor circule el/los día(s) preferidos: L Ma Mi J V CUALQUIER

Por favor circule el/los tiempo(s) preferidos: Mañana Tarde CUALQUIER