

## 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"/> <b>Screening</b>	<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 <b>Appt. Date/Time:</b> _____ / _____	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			
				<b>Originally BCCS Eligible:</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No					
				<b>Taxi?</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No					
<input type="checkbox"/> <b>BCCS referral</b>	<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"/> <b>Navigation</b>	<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"/> <b>Education Only</b>	<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"/> <b>Incomplete</b>	<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: ____ / ____ / ____	
<b>0.</b> Nunca me lo hecho <b>4.</b> Hace 3 ó 4 años <b>5.</b> Hace más de 5 años	<b>1.</b> Menos de 1 año <b>2.</b> De 1 a 2 años <b>3.</b> 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: _____

<b>PROMOTORA: GO WITH HIGHEST NUMBER ELIGIBILITY</b>	<b>① "Possibly screening eligible"</b> <i>[continue next page]</i>	<b>② "Education"</b> <i>[go to service consent]</i>	<b>③ "Navigation"</b> <i>[go to service consent form]</i>
--	---	--	--