

Consentimiento informado y divulgación de información médica

N.º de programa: _____ N.º de cliente: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Nombre: _____ Teléfono de casa: (____) _____-_____

LETRA DE IMPRENTA

Teléfono móvil: (____) _____-_____

Dirección: _____

LETRA DE IMPRENTA CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

*Lea acerca de los servicios del programa en el reverso de este consentimiento.

*Firme este consentimiento para formar parte del programa de evaluación (limitada) de cáncer de mama y cuello de útero *Care for Yourself*.

- Quiero formar parte del programa *Care for Yourself*. Este programa evalúa a las mujeres por cáncer de mama y de cuello de útero. Para formar parte del programa, yo:
 - Tener 21 años o más;
 - Ganar menos que las pautas de ingresos establecidas; y
 - Tener seguro insuficiente o no tener seguro y no tener cobertura de la Parte B de Medicare.
- Ser parte de este programa es mi elección; sin embargo, una vez que me inscriba, debo completar todas las evaluaciones necesarias para las que califique recomendadas por el programa. Antes de recibir los servicios de evaluación, informaré al personal de *Care for Yourself* si ya no deseo formar parte del programa *CFY* y recibir los servicios de evaluación de *CFY*.

Póngase en contacto con su coordinador local de inmediato si tiene preguntas.

(NOMBRE DEL COORDINADOR LOCAL)

(TELÉFONO)

- He hablado con el personal del programa acerca de cómo voy a pagar los análisis y servicios que no estén cubiertos por el programa *Care for Yourself*.
- Acepto la responsabilidad de seguir los consejos que mi proveedor de servicios médicos pueda brindarme.
- Doy mi autorización para que mi proveedor de servicios médicos, laboratorio, clínica, unidad de radiología y/u hospital le proporcionen al programa *Care for Yourself* los resultados de mis exámenes de evaluación de cáncer de mama y de cuello de útero, y/o los resultados de evaluaciones, exámenes de seguimiento y tratamiento.
- Care for Yourself* utilizará mi nombre, dirección y otra información personal para recordarme las citas de evaluación, exámenes de seguimiento y para ayudarme a encontrar un tratamiento, si fuera necesario.
- Si no pudieran ponerse en contacto conmigo con respecto a información importante sobre mi salud, pónganse en contacto con la persona indicada a continuación, que no vive conmigo.

Nombre: _____ Teléfono: (____) _____-_____ Relación: _____

LETRA DE IMPRENTA

Dirección: _____

CALLE

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

- Libero a este programa y a sus empleados y agentes de cualquier reclamo, demanda y acción relacionados con mi participación en *Care for Yourself*.

Firma del cliente

Fecha

Firma del coordinador de CFY

Fecha

Care for Yourself puede pagar:

- Visita al consultorio que incluya una evaluación adecuada/recomendada de cáncer de mama o cuello de útero;
- Examen clínico de mamas;
- Examen pélvico;
- Prueba de Papanicolaou, según califique y sea recomendado por el proveedor;
- Dos mediciones de presión arterial tomadas durante la misma visita clínica;
- Altura y peso;
- Derivación para cesación de tabaquismo;
- Mamografía, según califique y sea recomendado por el proveedor;
- Servicios de diagnóstico de mamas y/o cuello de útero limitados, según las recomendaciones del proveedor; y
- Derivación para tratamiento de precáncer y cáncer, según las recomendaciones del proveedor.

Care for Yourself no pagará:

- Cualquier servicio no relacionado con la detección del cáncer de mama y/o de cuello uterino.
- Ningún tratamiento contra el cáncer.

Si se me diagnostica cáncer o precáncer de mama o de cuello de útero, el personal del programa o el personal de Medicaid verificarán mis ingresos para ayudarme a buscar los mejores recursos de tratamiento. Es posible que se me solicite probar mi identidad, que soy ciudadana de los Estados Unidos o una inmigrante legal, y proporcionar declaraciones de impuestos a la renta o recibos de sueldo para demostrar mis ingresos ante el Departamento de Servicios Humanos;

- Otros análisis que el médico ordene como por ejemplo análisis de orina o sangre.
- Exámenes que se me hicieron antes de inscribirme en el programa (*la fecha que figura en el otro lado*);
- Exámenes de diagnóstico no enumerados anteriormente; y
- Servicios de internación o tratamiento. La palabra “tratamiento” incluye cualquier servicio médico o quirúrgico recomendado por un médico o enfermero.

HIPAA permite la divulgación de información de salud protegida a las autoridades sanitarias públicas para actividades de salud pública.



Health and
Human Services
Public Health