

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

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

ESCRIBIR EN LETRA DE MOLDE

Teléfono móvil: (____) _____-_____

Dirección: _____
ESCRIBIR EN LETRA DE MOLDE CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

* Lea sobre los servicios del programa en la parte de atrás de este consentimiento.

* Firme este consentimiento para formar parte del programa *Care for Yourself* — Evaluación de mamas y cuello uterino (limitado).

1) Quiero formar parte del programa Care for Yourself. Este programa evalúa a las personas para detectar cáncer de mama y cuello uterino.

Para ser parte del programa, debe:

- tener 21 años o más; y
- cumplir con las pautas de ingreso establecidas.

Me inscribo en este programa y tengo un seguro médico que paga las visitas al consultorio, las mamografías y las pruebas de Papanicolaou/VPH. Cumpló con las pautas de edad e ingresos, y el Programa CFY me ayudará a acceder a los servicios de exámenes, diagnóstico o tratamiento del cáncer de mama o cuello uterino al ayudarme a navegar por estos servicios.

2) Es mi elección formar parte de este programa; sin embargo, una vez que me inscriba, debo completar todos los exámenes necesarios para los que soy elegible, según lo recomendado por el programa.

Antes de recibir los servicios de examen, informaré al personal de *Care for Yourself* si ya no deseo formar parte del programa del CFY y recibir los servicios de examen del CFY.

3) Hablé con el personal del programa sobre cómo pagaré las pruebas o los servicios que no están cubiertos por el programa

Care for Yourself.

4) Acepto la responsabilidad de seguir los consejos que mi proveedor de atención médica pueda brindar.

5) Doy permiso para que mi proveedor de atención médica, laboratorio, clínica, unidad de radiología y/u hospital dé los resultados de mis exámenes de detección de cáncer de mama y cuello uterino, y/o los resultados de los exámenes de detección, los exámenes de seguimiento y el tratamiento al Programa *Care for Yourself*.

6) *Care for Yourself* usará mi nombre, dirección y otra información personal para recordarme las pruebas de detección y los exámenes de seguimiento, y para ayudarme a encontrar tratamiento, si es necesario.

7) Si no puede contactarse conmigo, comuníquese con la persona indicada abajo, que no vive conmigo, sobre alguna información importante sobre mi salud.

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

(Nombre del coordinador local)

(Número de teléfono)

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

ESCRIBIR EN LETRA DE MOLDE

Dirección: _____
CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

8) Libero a este programa y a sus empleados y agentes de cualquier reclamo, demanda y acción relacionada con mi participación en *Care for Yourself*. Esto incluye cualquier afirmación relacionada con la falta de detección o diagnóstico del cáncer y/o el fracaso del tratamiento, o cualquier acción u omisión relacionada con el diagnóstico o el tratamiento mientras formo parte del programa.

Firma del cliente

Fecha

Firma del coordinador de CFY

Fecha

BLANCO – Archivo del programa local AMARILLO – Participante

Care for Yourself ayuda a los participantes con los servicios indicados a continuación:

- Visita al consultorio que incluyó pruebas de detección de cáncer de mama y cuello uterino apropiadas/recomendadas;
- Examen clínico de mamas;
- Examen pélvico;
- Prueba de Papanicolaou y/o prueba de VPH, según sea elegible y recomendado por el proveedor;
- Dos mediciones de la presión arterial hechas durante la misma visita al consultorio;
- Altura y peso;
- Remisión para dejar de fumar;
- Mamografía, según sea elegible y recomendado por el proveedor;
- Servicios limitados de diagnóstico de mama y/o cuello uterino, según lo recomendado por el proveedor; y
- Remisión para tratamiento precáncer y oncológico, según lo recomendado por el proveedor.

Care for Yourself no ayuda a los participantes con los servicios identificados a continuación:

Cualquier edad

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

Si me diagnostican con precáncer o cáncer de mama o cuello uterino, el personal del programa o el personal de Medicaid verificarán mis ingresos para ayudarme a encontrar los mejores recursos de tratamiento. Es posible que deba demostrar mi identidad, que soy ciudadano de los Estados Unidos o extranjero legal, y presentar una declaración de impuestos sobre la renta o recibos de sueldo para demostrar mis ingresos al Departamento de Servicios Humanos.

- Otras pruebas que el médico puede ordenar, como análisis de orina o de sangre.
- Exámenes que me hice antes de inscribirme en el programa (*la fecha en la parte de atrás*).
- Exámenes de diagnóstico no enumerados anteriormente.
- Servicios hospitalarios o de tratamiento para pacientes hospitalizados. El tratamiento incluye cualquier servicio médico o quirúrgico recetado por un médico o enfermero.