

Authorization#: _____ BCCHP#: _____

Consentimiento para el Programa de Salud para el Cuello Uterino, la Mama y el Colon

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

El Programa de Salud para el Cuello Uterino, la Mama y el Colon (Breast, Cervical and Colon Health Program, BCCHP- en inglés), es un esfuerzo conjunto entre los proveedores de atención a la salud, el Departamento de Salud del Estado de Washington (DOH en inglés), y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC en inglés) para apoyar la exploración para el cáncer de mama, el cuello uterino y el colon. El propósito de la exploración es detectar el cáncer en su etapa más temprana, de manera que se lo pueda prevenir o tratar. La exploración para el cáncer de mama incluye un examen de la mama y una radiografía de la mama denominada mamografía. La exploración para el cáncer cervical incluye un examen pélvico y la toma de una muestra de las células del cuello uterino (abertura del útero/de la matriz) denominada una prueba de Papanicolaou y una prueba de Virus del Papiloma Humano. La exploración de la salud del colon incluye una prueba de detección de sangre en las heces denominada FOBT o FIT que usted lleva a casa y devuelve a su clínica/proveedor. Es posible que usted necesite una colonoscopia o sigmoidoscopia.

CONSENTIMIENTO PARA REVELAR INFORMACIÓN

Doy mi consentimiento a cualquier y a todos mis proveedores de atención médica, clínicas, hospitales, planes de seguros médicos y a BCCHP para proporcionar la información acerca de mi atención a la salud, pruebas de cuello de útero, exámenes de las mamas, mamografías, pruebas de heces (FOBT/FIT), colonoscopia, sigmoidoscopia y cualquier atención médica relacionada que yo reciba por medio de BCCHP. Entiendo que este formulario de consentimiento se vence 12 meses después de la fecha en que firme este formulario. Debo volver a inscribirme después de 12 meses para seguir recibiendo servicios.

Cualquier información revelada al BCCHP permanecerá confidencial. La información estará disponible para mí, para los empleados involucrados en mis servicios de BCCHP, la Autoridad de Atención a la Salud (por el Programa de Tratamiento de Cáncer de Mama y el Cuello Uterino [BCCTP] según corresponda), y para el Departamento de Salud (la fuente de financiación del BCCHP). La información se usará para satisfacer los propósitos de BCHHP, de acuerdo a lo descrito anteriormente. Los informes publicados que resulten del BCCHP no identificarán a ningún cliente por su nombre.

Entiendo que mi participación en este programa es voluntaria y que podré retirarme del BCCHP y retirar mi consentimiento para revelar información en cualquier momento. Entiendo que, si se determina que tengo cáncer de mama y/o del cuello uterino, es posible que sea elegible para recibir tratamiento por medio del BCCTP de Apple Health. El personal de BCCHP luego me ayudará a inscribirme. Como parte de los servicios de administración del caso que recibo, entiendo que me pedirán dar mi consentimiento para el tratamiento y proporcionar otra información de acuerdo a lo necesario. Si me examinan y detectan que tengo cáncer del colon, el personal de BCCHP me ayudará a encontrar recursos de tratamiento, independientemente de mi capacidad para pagar.

Si falsifico cualquier información usada para determinar mi elegibilidad, entiendo que seré responsable por los cargos.

Firme aquí con su nombre

Fecha

Testigo: Centro médico

Fecha

Escriba aquí su nombre en letras de imprenta

Intérprete (si se usaron los servicios de uno) Fecha