



Consentimiento informado y divulgación de información médica

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

Nombre: _____ Teléfono 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 integral *Care for Yourself*.**

- 1) Quiero formar parte del programa *Care for Yourself* (CFY). Este programa evalúa a las mujeres por cáncer de mama y de cuello de útero y proporciona servicios de evaluación de factores de riesgo de enfermedades cardíacas y apoplejía. Para formar parte del programa, debo tener entre 40 y 64 años de edad, tener ingresos por debajo de las pautas de ingresos fijadas, no estar asegurada o tener un seguro insuficiente y no tener Medicare parte B.
- 2) 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 CFY si yo no deseo formar parte del programa CFY y recibir los servicios de evaluación de CFY.

Comuníquese con su coordinador local de inmediato si tiene alguna pregunta.

(NOMBRE DEL COORDINADOR LOCAL)

(NÚMERO DE TELÉFONO)

- 3) 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*.
- 4) Acepto la responsabilidad de seguir los consejos que mi proveedor de servicios médicos pueda brindarme.
- 5) 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 cardiovasculares y de apoplejía, exámenes de seguimiento y tratamiento dentro de los seis meses posteriores la fecha de mi evaluación.
- 6) *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.
- 7) Conversaré con mi coordinador del programa sobre los valores de mi evaluación quien sugerirá cambios para ayudarme a tratar mis factores de riesgo.
- 8) Participaré en los servicios de entrenamiento de salud o asistiré a Weight Watchers® si se me ofrecen estas opciones.
- 9) 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

- 10) Libero a este programa y a sus empleados y agentes de cualquier reclamo, demanda y acción relacionados con mi participación en *Care for Yourself*. Esto incluye reclamos relacionados con la falta de detección o diagnóstico de cáncer y/o enfermedades cardíacas y apoplejía, falla del tratamiento o cualquier acto u omisión relacionado con el diagnóstico o tratamiento mientras yo sea parte del programa.

Firma del cliente

Fecha

Firma del coordinador de CFY

Fecha

BLANCO – Archivo del programa local

AMARILLO – Participante

Care for Yourself (CFY) puede pagar:

Si tengo menos de 40 años de edad	<ul style="list-style-type: none"> • Una visita al consultorio con un médico o enfermero para un examen clínico de mamas si tengo síntomas de cáncer de mama (como un bulto en un seno). • Una mamografía o ultrasonido de mama de diagnóstico, si mi examen clínico de mamas tiene resultados anormales.
Si soy una participante que califica de entre 40 y 64 años	<p>Análisis y procedimientos de evaluación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visita al consultorio que incluye una evaluación adecuada/recomendada de cáncer de mama o cuello de útero y una evaluación cardiovascular; • 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; <ul style="list-style-type: none"> ○ Si se identifica algún valor anormal, se pagará una visita clínica de seguimiento. ○ Si se identifica algún valor de alerta, se pagará una visita clínica de seguimiento. • Altura, peso, circunferencia de cadera y circunferencia de cintura; • Evaluaciones de lípidos en sangre en ayunas; • Mediciones de glucosa en ayunas o hemoglobina glicosilada HbA1c (solo para clientes con un valor de glucosa sin ayuno y/o diagnosticados previamente con diabetes); <ul style="list-style-type: none"> ○ Si se identifica algún valor de alerta, se pagará una visita clínica de seguimiento; • Derivación para cesación de tabaquismo; • Mamografía, según califique y sea recomendado por el proveedor; • Servicios de diagnóstico de mamas y/o cuello de útero, según las recomendaciones del proveedor; • Derivación para diagnóstico cardiovascular, según las recomendaciones del proveedor; • Derivación para tratamiento de precáncer y cáncer, según las recomendaciones del proveedor; • Tres sesiones de entrenamiento de salud cardiovascular y/o derivación a 16 sesiones de Weight Watchers®.

Care for Yourself no pagará:

Si tengo menos de 40 años de edad	<ul style="list-style-type: none"> • Cualquier servicio a menos que tenga síntomas de cáncer de mama.
Si tengo menos de 40 o más de 64 años	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de riesgo de enfermedades cardiovasculares. • Entrenamiento de salud cardiovascular y/o derivación a un programa de estilo de vida.
Cualquier edad	<ul style="list-style-type: none"> • Ningún tratamiento contra el cáncer. <p><i>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.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 (<i>la fecha que figura en el otro lado</i>). • Exámenes de diagnóstico no enumerados anteriormente. • Servicios de internación o tratamiento. La palabra “tratamiento” incluye cualquier servicio médico o quirúrgico recomendado por un médico o enfermero. • Pruebas de diagnóstico, tratamiento o medicación recetados por un médico o enfermero para enfermedades cardíacas o sus factores de riesgo.