



Consentimiento informado y divulgación de información médica

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

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

EN IMPRENTA

Teléfono celular: (____) _____ - _____

Dirección: _____

EN IMPRENTA **CALLE** **CIUDAD** **ESTADO** **CÓDIGO POSTAL**

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

* Firme este consentimiento para ser parte del Programa integral de exámenes de detección de Care for Yourself.

- 1) Quiero ser parte del Programa WISEWOMAN de Care for Yourself (CFY). Este programa examina a las mujeres para detectar cáncer de mama y cuello uterino, y factores de riesgo de enfermedades cardíacas y accidentes cerebrovasculares. Para ser parte del programa, debo tener entre 40 y 64 años, tener un ingreso igual o inferior al 250% del nivel de pobreza federal, tener un seguro insuficiente o no tener seguro y no tener Medicare Parte B.
- 2) Ser parte de este programa es mi elección. Sin embargo, una vez que me inscribo, debo completar todos los exámenes de detección necesarios para los que soy elegible y me recomendó el programa. Antes de recibir los servicios de exámenes de detección, informaré al personal de CFY si ya no deseo formar parte del programa.

Póngase en contacto 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 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 me pueda proporcionar.
- 5) Doy permiso a mi proveedor de atención médica, laboratorio, clínica, unidad de radiología u hospital para proporcionar los resultados del programa Care for Yourself de mis exámenes de detección de cáncer de mama y cuello uterino, los resultados de exámenes de detección de enfermedades cardíacas y accidentes cerebrovasculares, los exámenes de seguimiento y el tratamiento dentro de los seis meses siguientes a la fecha de mis exámenes de detección.
- 6) Care for Yourself usará mi nombre, dirección y otra información personal para recordarme los exámenes de detección, los exámenes de seguimiento y para ayudarme a encontrar un tratamiento.
- 7) Discutiré los resultados de mis exámenes con el coordinador del programa.
- 8) Participaré en los servicios de asesoramiento de salud y asistiré a los servicios de apoyo a la conducta saludable (HBSS) que me ofrecen.
- 9) Completaré el examen de seguimiento y la posterior sesión de asesoramiento de salud que me ofrecen.
- 10) Autorizo a los proveedores de HBSS a compartir información con el programa Care for Yourself en relación con mi participación en HBSS.
- 11) Autorizo al programa Care for Yourself a proporcionar información a mi proveedor de atención médica acerca de mi recomendación y participación en el asesoramiento de salud y del programa HBSS.
- 12) Si no pudieran ponerse en contacto conmigo, pónganse en contacto con la persona indicada a continuación, con información importante sobre mi salud.

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

EN IMPRENTA

Dirección: _____

CALLE **CIUDAD** **ESTADO** **CÓDIGO POSTAL**

- 13) Libero a este programa y a sus empleados y agentes de cualquier reclamo, demanda y acción que se relacione con mi participación en Care for Yourself. Esto incluye cualquier reclamo relacionado con la incapacidad de detectar o diagnosticar cáncer o enfermedades cardíacas y accidentes cerebrovasculares, la ineficacia del tratamiento, o cualquier acto u omisión relacionado con el diagnóstico o el tratamiento mientras soy parte del programa.

Firma del cliente **Fecha**
BLANCO – Archivo local del programa

Firma del coordinador de CFY **Fecha**
AMARILLO – Participante

Care for Yourself (CFY) puede pagar por:	
Si tengo menos de 40 años	<ul style="list-style-type: none"> • Una visita al consultorio con un médico o una enfermera para un examen clínico de mama si tengo síntomas de cáncer de mama (por ejemplo, un bulto en la mama). • Una mamografía de diagnóstico o ecografía mamaria, si mi examen clínico de mama es anormal.
Si soy una participante elegible de entre 40 y 64 años	<p>Pruebas y procedimientos de detección</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visita al consultorio que incluye exámenes de detección adecuados y recomendados de cáncer de mama y de cuello uterino, y exámenes de detección de enfermedades cardiovasculares; • Examen clínico de mama; • Examen pélvico; • Prueba de Papanicolaou, según sea elegible y recomendada por el proveedor; • Mamografía, según sea elegible y recomendada por el proveedor; • Servicios de diagnóstico de cáncer de mama o de cuello uterino, según lo recomendado por el proveedor; • Remisión para el tratamiento de precáncer y cáncer, según lo recomendado por el proveedor; • Dos mediciones de presión arterial recogidas durante la visita al consultorio en la misma fecha; <ul style="list-style-type: none"> ○ Si se detecta un valor anormal, se pagará una consulta de seguimiento en el consultorio ○ Si se detecta un valor de alerta, se pagará una consulta de seguimiento en el consultorio • Altura, peso, circunferencia de cadera y circunferencia de cintura; • Exámenes de lípidos en sangre en ayunas; • Mediciones de glucosa en ayunas o hemoglobina glucosilada HbA1c (HbA1c solo para clientes con glucosa sin ayunar o previamente diagnosticados con diabetes); • Remisión para diagnósticos cardiovasculares, según lo recomendado por el proveedor; • Remisión para dejar de fumar; • Tres sesiones de asesoramiento sobre la salud cardiovascular; • Remisión y participación en los Servicios de apoyo a la conducta saludable. • Una visita de seguimiento después de haber completado el asesoramiento de salud. • Una sesión de asesoramiento de salud después de la visita de evaluación.
Care for Yourself no paga por:	
Si tengo menos de 40 años	<ul style="list-style-type: none"> • Cualquier servicio a menos que tenga síntomas de cáncer de mama.
Si tengo menos de 40 años o más de 64 años	<ul style="list-style-type: none"> • Examen de detección de riesgos de enfermedades cardiovasculares. • Asesoramiento sobre la salud cardiovascular • Remisión y participación en los Servicios de apoyo a la conducta saludable.
Cualquier edad	<ul style="list-style-type: none"> • Cualquier tratamiento contra el cáncer. <p><i>Si me diagnostican precáncer o cáncer de mama o cuello uterino, el personal del programa o el personal de Medicaid comprobarán mis ingresos para ayudarme a encontrar los mejores recursos de tratamiento. Puede que se me exija probar mi identidad, que soy ciudadana de los Estados Unidos o extranjera legal, y proporcionar la declaración de impuestos sobre la renta o los recibos de sueldo para probar mis ingresos al Department of Human Services (Departamento de Servicios Humanos).</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Otras pruebas que el médico puede ordenar, como análisis de orina o de sangre. • Exámenes que me hice antes de inscribirme en el programa (<i>la fecha en el reverso</i>). • Exámenes de diagnóstico no mencionados anteriormente. • Servicios de hospitalización o tratamiento. El tratamiento incluye los servicios médicos o quirúrgicos recetados por un médico o una enfermera. • Pruebas de diagnóstico, tratamiento o medicamentos recetados por un médico o una enfermera para enfermedades cardíacas o sus factores de riesgo.