



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

AGENCY OR SITE # 76700	eCaST ID	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD
APELLIDO	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO DE SOLTERA

Según mi leal saber y entender, los ingresos BRUTOS MENSUALES (antes de deducir impuestos) de mi grupo familiar es: _____.
La cantidad de personas que viven de estos ingresos, incluyéndome a mí (esto puede incluir personas que no viven en su casa) es: _____.

INSTRUCCIONES PARA LA PACIENTE: lea esta página atentamente antes de firmar al pie. Al firmar este formulario, usted da su consentimiento de inscripción en los 3 programas que se mencionan abajo, si esta clínica los ofrece y si usted es elegible. Permanecerá inscrita mientras cumpla con los requisitos de elegibilidad y hasta que solicite ser dada de baja.

Me inscribo en la orientación de salud de Women's Wellness Connection (WWC) y comprendo lo siguiente:

La orientación de salud me ayudará a transitar por el sistema de atención de salud para obtener los mejores resultados en caso de padecer de cáncer de mama y cuello uterino. El programa ofrece orientación de salud para citas de cáncer de mama y cuello uterino según mi edad. El programa no cubre las pruebas ni citas clínicas pero puede incluir asistencia para lo siguiente:

- Saber dónde inscribirme para recibir seguro de salud.
- Obtener información sobre pruebas de detección.
- Comprender los resultados de las pruebas.
- Programar las citas.

Me inscribo en los servicios clínicos de Women's Wellness Connection (WWC) y comprendo lo siguiente:

El programa de servicios clínicos cubre las pruebas para la detección y el diagnóstico del cáncer de mama y cuello uterino según mi edad. El programa no cubre las pruebas ni la atención que no estén relacionadas con la detección del cáncer de mama o cuello uterino. He hablado con un integrante del personal de esta clínica y comprendo las opciones que tengo disponibles si me diagnostican cáncer. Como parte de los servicios clínicos, entiendo que no puedo tener Medicaid, Medicare ni ningún otro seguro de salud que pague por estas pruebas, o bien mi seguro de salud tiene un deducible elevado o un copago que no puedo pagar.

Me inscribo en el programa WISEWOMAN (detección y evaluación integradas para mujeres de todo el país) y reconozco lo siguiente:

El programa WISEWOMAN cubre la detección de factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares (evaluación del índice de masa corporal, presión arterial, colesterol y glucosa), orientación en reducción de riesgos, seguimiento médico (si es necesario) y opciones de apoyo de conductas saludables, que mi seguro de salud no cubre, en un esfuerzo por prevenir las enfermedades cardiovasculares

Además, comprendo lo siguiente:

- WWC y WISEWOMAN compilará la información relacionada con mi salud mamaria, cervicouterina y cardiovascular. Esta información puede incluir: nombre, edad, ingresos, estancia legal en los EE. UU., características del seguro, resultados de pruebas así como antecedentes médicos familiares y personales. La información que se obtenga a través del programa se utiliza para hallar nuevas formas de mejorar la salud de todas las mujeres.
- Es posible que reciba comunicaciones, como llamadas telefónicas, cartas o correos electrónicos para recordarme cuándo debo regresar a mi clínica para realizar pruebas o recibir tratamiento.
- WWC y WISEWOMAN son programas implementados por el Departamento de Salud Pública y Medio Ambiente de Colorado (CDPHE).
- A los efectos de la atención y tratamiento por este programa, mi información médica podrá ser divulgada a mi médico, clínica, hospital o laboratorio, y estos podrán usarla y divulgarla según sea necesario en relación con dichos fines.
- Tengo el derecho de darme de baja del programa en cualquier momento. Comprendo que toda información que se haya compartido antes de que abandone el programa la conservará WWC y WISEWOMAN. Se mantiene la privacidad de toda la información.
- Comprendo que si tengo un seguro de salud que cubre el tratamiento contra el cáncer, no podré beneficiarme del programa de tratamiento contra el cáncer de mama y cuello uterino de Medicaid si me diagnostican cáncer de mama o cuello uterino.
- WWC y WISEWOMAN no cubren algunas pruebas ni NINGÚN tratamiento contra el cáncer.

Mis deberes son los siguientes:

- Si ya no deseo participar en los programas de WWC o WISEWOMAN, informaré a mi proveedor de atención médica POR ESCRITO para que me den de baja del programa. Esta autorización vencerá cuando me haya retirado formalmente de los programas.
- He hablado con alguien de esta clínica sobre las opciones que tengo, y entiendo que es posible que deba pagar por algunas pruebas y tratamientos que WWC y WISEWOMAN no cubren.
- Mi proveedor, clínica, hospital, laboratorio y centro de mamografías pueden compartir mi información con: _____ y CDPHE.
(nombre de la agencia contratada)

FIRMA

NOMBRE (LETRA DE IMPRENTA)

FECHA