



N.º de autorización: _____

N.º del BCCHP/WISEWOMAN: _____

Consentimiento del BCCHP y el programa WISEWOMAN (Breast, Cervical and Colon Health Program and WISEWOMAN Consent)

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

El **Breast, Cervical and Colon Health Program (BCCHP, Programa de Salud de Mama, Cuello Uterino y Colon)** y el programa **Well-Integrated Screening and Evaluation for Women across the Nation (WISEWOMAN, Detección y Evaluación Integrales para las Mujeres de Todo el País)** representan un esfuerzo conjunto de los proveedores de salud, el Washington State Department of Health (DOH, Departamento de Salud del Estado de Washington) y los Centers for Disease Control and Prevention (CDC, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades) con el fin de brindar apoyo para la detección del cáncer de mama y de cuello uterino, de enfermedades cardíacas y del ACV.

El objetivo del **BCCHP** es detectar el cáncer de manera temprana a fin de que se pueda prevenir o tratar. Las pruebas de detección del cáncer de mama incluyen un examen de mama y una radiografía mamaria que se denomina mamografía. Las pruebas de detección del cáncer de cuello uterino incluyen un examen pélvico y la extracción de una muestra de células del cuello uterino (abertura del útero o matriz), que se denominan prueba de Papanicolaou y prueba de VPH, respectivamente.

El objetivo del programa **WISEWOMAN** es ayudar a las mujeres a comprender el riesgo de sufrir una enfermedad cardíaca o un ACV y reducirlo. El programa **WISEWOMAN** promueve estilos de vida duraderos saludables para el corazón y brinda información sobre la presión arterial, el colesterol, la diabetes, peso saludable y el hábito de fumar. Las pruebas de detección de este programa incluyen un control de la presión arterial y análisis de laboratorio para conocer el nivel de la glucosa en sangre y del colesterol. El programa **WISEWOMAN** brinda ayuda a mujeres de bajos recursos, sin seguro médico o con un seguro médico limitado que tienen entre 40 y 64 años de edad.

CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Brindo mi consentimiento a todos los proveedores médicos, las clínicas, los hospitales, los planes de seguro médico que me brinden atención y al BCCHP para que compartan entre ellos la información sobre la atención médica que reciba, los exámenes del cuello uterino, los exámenes de mama, las mamografías y las pruebas de detección de factores de riesgo y los servicios de reducción de riesgo en relación con las enfermedades cardíacas y el ACV, en caso de que decida obtener algún servicio y cualquier tipo de atención médica relacionada a través del BCCHP o del programa WISEWOMAN. Comprendo que este consentimiento expira 12 meses después de la fecha en que firmo este formulario. También comprendo que, para continuar recibiendo los servicios, debo volver a inscribirme todos los años.

Toda la información que se divulgue al BCCHP o al programa WISEWOMAN será confidencial, excepto en los casos descritos en este Consentimiento. La información estará disponible para mí; el personal del BCCHP y el programa WISEWOMAN; el Department of Health, que es la fuente de financiación de dichos programas, y la Health Care Authority (Autoridad de Atención Médica) (en el caso del Breast and Cervical Cancer Treatment Program [BCCTP, Programa de Tratamiento para el Cáncer de Mama y de Cuello Uterino] si es necesario). La información se utilizará para cumplir con los objetivos de los programas descritos anteriormente. Los informes que se publiquen y la información que se envíe a los patrocinadores federales a partir de los programas no identificarán a los clientes por su nombre.

Comprendo que la participación en estos programas es voluntaria y que puedo dejar de participar en el BCCHP o en el programa WISEWOMAN y retirar mi consentimiento para la divulgación de información en cualquier momento. Si me realizan pruebas de detección y me diagnostican que tengo cáncer de colon o una enfermedad cardíaca, el personal del BCCHP o del programa WISEWOMAN me ayudará a obtener recursos de tratamiento, independientemente de mi capacidad de pago. Comprendo que, si me diagnostican cáncer de mama o de cuello uterino, es posible que sea elegible para recibir tratamiento a través del BCCTP. El BCCHP me ayudará a inscribirme. Comprendo que es posible que deba otorgar mi consentimiento para recibir tratamiento y brindar otros datos que resulten necesarios.

Si falsifico cualquier información utilizada para determinar mi elegibilidad, comprendo que podré ser responsable de pagar los cargos.

Su firma_____
Fecha_____
Testigo: centro médico_____
Fecha_____
Su nombre en letra de imprenta_____
Intérprete (si participó alguno)_____
Fecha