N.º de autorización:      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N.º del BCCHP:      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Consentimiento del Programa de Salud de Seno, Cuello Uterino y el Colon

(Breast, Cervical and Colon Health Program Consent)

|  |
| --- |
| **DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA** |

El **Programa de Salud de Seno, Cuello Uterino y Colon (BCCHP, por sus siglas en Inglés)** representa un esfuerzo conjunto de los proveedores de salud, el Departamento de Salud del Estado de Washington (DOH, por sus siglas en Inglés) y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en Inglés) con el fin de brindar apoyo para la detección del cáncer de seno y de cuello uterino. El objetivo de las pruebas de detección es detectar el cáncer en sus primeras etapas a fin de que se pueda prevenir o tratar. Las pruebas de detección del cáncer de seno incluyen un examen de seno y una radiografía de seno 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.

|  |
| --- |
| CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN |

Brindo mi consentimiento a todos mis proveedores de atención médica, 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, los exámenes de cuello uterino, los exámenes de seno, las mamografías y cualquier atención médica relacionada que reciba a través del BCCHP. Comprendo que este formulario de consentimiento se vence 12 meses después de la fecha en que lo firmó. Debo volver a inscribirme después de 12 meses para continuar los servicios.

**Toda la información que se divulgue al BCCHP será confidencial.** Yo tendré acceso a esta información y también lo tendrá el personal que provée los servicios del Programa de Tratamiento para el Cancer de Seno y el Cuello Uterino (BCCTP, por sus siglas en Inglés) y si corresponde, también la Autoridad de Servicios de Salud (Health Care Authority en Inglés) mas el Departamento de Salud, la fuente de financiamiento del BCCHP. La información se utilizará para cumplir con los objetivos del BCCHP descritos anteriormente. Los informes que se publiquen como resultado del BCCHP no identificarán a ningún cliente por su nombre.

Comprendo que mi participación en el BCCHP es voluntaria y que puedo dejar de participar en el programa y retirar mi consentimiento a la divulgación de de Servicios de Salud información en cualquier momento. Además, comprendo que si me diagnostican cáncer de seno o de cuello uterino, es posible que sea elegible para recibir tratamiento a través del Apple Health BCCTP. El personal del BCCHP me ayudará a inscribirme. Como parte de los servicios de gestión de casos que reciba, comprendo que deberé dar mi consentimiento para recibir tratamiento y brindar otros datos que resulten necesarios.

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Su firma | Fecha |  | Testigo: Centro Médico | Fecha |
| Su nombre en letra de imprenta |  |  | Intérprete (si participó alguno) | Fecha |