

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ABCCEDP/CONSENTIMIENTO PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

Entiendo que el Programa de Detección Temprana de Cáncer de Mama y Cuello Uterino de Alabama (ABCCEDP, por sus siglas en inglés), es un esfuerzo cooperativo entre clínicas y médicos, el Departamento de Salud Pública de Alabama y los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de los EE.UU. para fomentar la detección del cáncer de mama y de cuello uterino. El propósito de la evaluación de detección es detectar el cáncer en la fase más temprana para que pueda tratarse y curarse. La evaluación de detección para el cáncer de mama involucra un examen y una radiografía de mamas llamada mamograma. La evaluación de detección para el cáncer de cuello uterino involucra un examen pélvico y un raspado del cérvix (apertura del útero) llamada Papanicolau.

- Usted podrá obtener su visita a la clínica/el médico, Papanicolau y/o mamograma GRATIS si cumple con los requisitos de elegibilidad por ingresos del programa y no tiene seguro, o si su seguro no cubre estos servicios al ciento por ciento.
- Si su resultado de la evaluación de detección es anormal, la clínica/el médico trabajará con el programa para ayudarlo a conseguir más pruebas de diagnóstico y tratamiento. El programa puede pagar algunos servicios de detección, pero no puede pagar el tratamiento. Su proveedor de atención médica en la clínica o médico puede indicarle qué servicios específicos pueden pagarse y cuáles no están cubiertos por el programa. En el caso de que se realice una biopsia y que se necesite más cirugía (en ese momento) con propósitos de tratamiento, el ABCCEDP no puede pagar por la porción de tratamiento correspondiente a la cirugía.
- Entiendo que para garantizar que los servicios de tratamiento y diagnóstico adecuados estén disponibles luego de los resultados de detección anormales, es posible que el programa ABCCEDP y/o el proveedor de servicios necesiten evaluaciones adicionales y análisis con el paciente en forma de gestión de casos.
- El programa trabajará con la clínica/el médico para comunicarle cuando ya sea hora de su próximo Papanicolau y/o mamograma.

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS/DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

He leído lo anterior y entiendo la explicación acerca del Programa de tratamiento del cáncer de mama y cervical y por medio del presente acepto recibir los servicios de salud indicados. Al aceptar formar parte de este programa, doy permiso a cualquier y a todos mis médicos, clínicas, centros de mamografías y/u hospitales a proporcionar toda la información respecto de mis Papanicolaus, exámenes de mamas y mamogramas y cualesquier procedimientos de tratamiento de diagnóstico al ABCCEDP, que puede incluir derivación a administradores de casos empelados por el Departamento de Salud Pública de Alabama.

Cualquier información que se divulgue al programa permanecerá en confidencialidad, lo que significa que la información estará disponible únicamente para mí y para los empleados del Departamento de Salud Pública de Alabama que trabajan con este programa. La información se utilizará únicamente para cumplir con el propósito del programa descrito anteriormente y cualesquier informes publicados que resulten de este programa no me identificarán por mi nombre.

Entiendo que mi participación en este programa es voluntaria y que puedo abandonar el programa y revocar mi consentimiento para divulgar información en cualquier momento.

Aviso de privacidad:

Me han notificado mis derechos de privacidad y me han brindado u ofrecido una copia del “Aviso de las Prácticas de Privacidad” del Departamento de Salud Pública de Alabama o su proveedor de atención médica.

Firma _____

Clínica o nombre del MD _____

Nombre _____

Fecha _____

(En letra de molde) Apellido Nombre Inicial del segundo nombre

NOTA: LAS CLÍNICAS/LOS MÉDICOS PUEDEN SUGERIR U OFRECER SERVICIOS QUE NO SON PARTE DEL ABCCEDP. SI DECIDE UTILIZAR ESTOS SERVICIOS, EL ABCCEDP NO PAGARÁ POR ELLOS.

Consentimiento informado para WISEWOMAN de Alabama/Consentimiento para divulgación de información

Usted puede recibir los servicios de WISEWOMAN (WW) de Alabama si es paciente del ABCCEDP y tiene entre 40 y 64 años de edad. El objetivo del Programa WW de Alabama es el de reducir su riesgo de desarrollar una enfermedad cardiovascular y/o ACV. Como participante, usted recibirá pruebas de evaluación para identificar sus factores de riesgo de enfermedad cardiovascular y ayudar a reducirlos o controlarlos. Las pruebas de WW de Alabama incluyen: 1) dos mediciones de tensión arterial, 2) tomar una pequeña cantidad de sangre (esto puede causarle una pequeña molestia) para controlar su glucosa en ayunas (o nivel de A1C si tiene diabetes) y sus niveles de colesterol/lípidos, 3) tomar su peso, estatura, su índice de masa corporal (IMC), y, si lo desea, las medidas de su cintura y caderas, y 4) se le preguntará si consume productos derivados del tabaco. También se le harán preguntas sobre salud para determinar si está lo suficientemente saludable como para participar en actividades físicas*. Entonces luego se reunirá con un médico o profesional de la salud para hablar sobre los resultados de sus pruebas clínicas y de sangre. (*Nota: Es importante seguir las recomendaciones de su médico respecto de cualquier actividad física).

- El mismo día, si sus niveles de tensión arterial, glucosa/A1C o colesterol/lípidos son altos o si fuma, se lo derivará al Trabajador Social de WW de Alabama. El Trabajador Social de WW le ayudará con los cambios en el estilo de vida pensados para reducir sus factores de riesgo y compartirá un programa con usted llamado Asesor de Salud, efectivo para mejorar la salud cardiovascular. El Trabajador Social de WW también le ayudará a acceder a los servicios sociales proporcionados en la comunidad.
- Si sus resultados son elevados, es posible que se le solicite regresar a la clínica para una visita al consultorio de seguimiento con su médico y para una sesión de asesoría nutricional con un dietista, el Programa WW de Alabama se hace cargo de los costos de estos servicios. **Por favor tenga en cuenta que su médico puede recomendarle visitas al consultorio adicionales además de estas dos, las cuales pueden no estar cubiertas por WW de Alabama.**
- Si los resultados de la prueba de detección de factores de riesgo son normales, entonces nuevamente recibirá servicios de WW de Alabama en su próxima visita anual de detección ABCCEDP, en 12 a 18 meses.

RIESGO DE UTILIZAR EL CORREO ELECTRÓNICO: La información contenida en correos electrónicos puede ser privilegiada y confidencial. Existe riesgo de que cualquier información de salud protegida contenida en un correo electrónico sea divulgada, o interceptada por personas desautorizadas. Estos incluyen, pero no se limitan, a los siguientes riesgos:

- a) La Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud de 1996 recomienda la encriptación de cualquier correo electrónico que contenga información protegida sobre salud. Los correos electrónicos que se envían desde el Franklin Primary Health Care Center o desde el Departamento de Salud Pública de Alabama no están encriptados, por lo que es posible que no sean seguros. Por lo tanto, es posible que un tercero viole la confidencialidad de tales comunicaciones.
- b) Los correos electrónicos pueden circular, enviarse, almacenarse electrónicamente y en papel, o transmitirse a destinatarios no deseados.
- c) Los remitentes de correos electrónicos podrían fácilmente enviar el correo electrónico a una dirección incorrecta
- d) Los correos electrónicos podrían ser interceptados, alterados, reenviados o utilizados sin autorización o detección
- e) Los correos electrónicos podrían utilizarse para introducir virus en sistemas informáticos

Consentimiento para servicios/Divulgación de información

He leído lo anterior y entiendo la explicación acerca de WISEWOMAN y por medio del presente acepto recibir los servicios de salud indicados. Sé que tengo el derecho de revocar este permiso en cualquier momento (excepto al grado que ya se haya tomado la medida). Entiendo los riesgos asociados con las comunicaciones por correo electrónico entre mi persona y el personal del **Franklin Primary Health Care Center** o el personal del **Departamento de Salud Pública de Alabama**. Cualquier duda que pude haber tenido ha sido respondida. Si proporciono mi correo electrónico a continuación, entiendo los riesgos, y doy mi consentimiento para que el **Franklin Primary Health Care Center** o el **Departamento de Salud Pública de Alabama** se comuniquen conmigo en relación a mi información protegida sobre salud por correo electrónico. Este consentimiento será ratificado o discontinuado, cuando yo lo decida, en cada visita a la clínica.

Cualquier información que se divulgue al programa permanecerá en confidencialidad, lo que significa que la información estará disponible únicamente para mí y para los empleados del Departamento de Salud Pública de Alabama que trabajan con este programa. La información se utilizará únicamente para cumplir con el propósito del programa descrito anteriormente y cualesquier informes publicados que resulten de este programa no me identificarán por mi nombre. Por medio del presente doy permiso para que el Programa WISEWOMAN de Alabama divulgue información sobre mi persona a servicios sociales o agencias de la comunidad y a proveedores de atención médica para el propósito limitado de consulta o derivación. Este permiso puede incluir la divulgación de información sobre mi condición médica, pero no incluye la divulgación del registro médico escrito.

Al firmar abajo, certifico que he leído y entiendo la información anterior y que doy mi consentimiento y autorizo uno o más de los servicios establecidos arriba para mí. Entiendo que puedo retirarme del programa WISEWOMAN en cualquier momento mientras sigo recibiendo servicios de detección a través de ABCCEDP. Esta autorización expirará a los 18 meses de la fecha de firma, a menos que la revoque.

Firma del paciente: _____ Fecha: ____/____/____

N.º de teléfono _____ Dirección de correo electrónico _____

Representante del Franklin Primary Health Center: _____ Fecha: ____/____/____

Representante del Departamento de Salud Pública de Alabama: _____ Fecha: ____/____/____

La clínica o su médico pueden sugerirle u ofrecerle servicios que no son parte de WISEWOMAN de Alabama. Si decide utilizar estos servicios, el ABCCEDP no pagará por ellos.