

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tracking Number (required)

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 ayudarle 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.