Estado de California—Agencia de Salud y Servicios Humanos
Departamento de Salud Pública de California

RON CHAPMAN, MD, MPH
Director & State Health Officer

EDMUND G. BROWN, JR.
Governor

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN EL PROGRAMA Y DECLARACION DE PRIVACIDAD
Programa de Detección de Cáncer: Cada Mujer Cuenta

El Departamento de Salud Pública paga por algunos exámenes para detectar el cáncer mamario y/o cervical para pacientes que no puedan pagar por estos servicios. La mayoría de los pacientes **NO** tienen cáncer. Pero los pocos que sí lo tienen, detectar el cáncer a tiempo puede salvarle su vida. **Al firmar este documento, significa que quieres participar en el Programa de Detección de Cáncer: Cada Mujer Cuenta.** El próximo año se comunicarán contigo para que tu médico de atención básica (PCP) haga otra revisión. Cada año debes firmar un nuevo consentimiento para participar en este programa. Tú puedes dejar de participar en este programa en cualquier momento.

Para participar en este programa, **debes de proporcionar** tu nombre, dirección, fecha de nacimiento, ingresos, y algunos datos de tu historial médico. Esta información debe ser provista o no se te permitirá participar. Se te pedirá otra información tal como tu número de seguro social (si cuentas con el), pero no es requisito necesario para poder ser atendida. El programa esta autorizado para recopilar y mantener la información obtenida al aplicar en este programa bajo el Código de Ingresos e Impuestos de California, sección 30461.6, 42 Código de los EE.UU. 1501, y 45 Código de Regulaciones Federales 160-164. Toda información es protegida según lo descrito en la Declaración de Privacidad del Aviso de la Sección de Detección de Cáncer, la cual te será entregada con este Consentimiento. Tu médico de atención básica te dará los resultados de este examen. Tu médico de atención básica mantendrá tu archivo médico y enviará la información médica a la Sección de Detección de Cáncer para su facturación, operaciones del cuidado de la salud, investigación médica y en algunas ocasiones para coordinación del tratamiento. Esta información puede ser compartida con otros programas del Departamento de Salud Pública y otras agencias gubernamentales. Tu médico también puede compartir tu información personal con otros profesionales de la salud para ayudarte a obtener los servicios recomendados. Tu información puede ser proporcionada cuando por ley se requiera, tales como la compensación al trabajador. Tú tienes el derecho de revisar o de solicitar una copia del expediente del cuidado de tu salud, el cual se encuentra en el archivo de la Sección de Detección de Cáncer, tal y como se describe en la Declaración de Prácticas de Privacidad.

Tu nombre no será utilizado en ningún reporte público. Tu nombre, fecha de nacimiento, dirección y número de seguro social pueden ser compartidos con otros proveedores participantes en el programa con el propósito de evitar un registro doble.

Tú obtendrás una copia de este Consentimiento. Si tienes alguna pregunta por favor platica con tu médico de atención básica.

Yo, _____ (escribe tu nombre claramente) he proporcionado la información correcta y completa, y estoy de acuerdo en tomar parte en el Programa de Revisión y Detección de Cáncer Mamario y/o Cervical por parte del Departamento de Salud Pública de California. Así mismo estoy de acuerdo en permitir que mi información personal y médica sea utilizada según se me explicó. Entiendo que al firmar esta hoja yo estoy de acuerdo en participar en este programa por un año, así como que, para participar el próximo año debo firmar un nuevo Consentimiento de participación.

✍

_____ _____
Firma Fecha

He recibido una copia de la Declaración de las Prácticas de Privacidad de la Sección de Detección de Cáncer

✍

_____ _____
Firma Fecha

COMPLETAR SI SE REQUIERE UN TESTIGO: Esta información fue leída a la paciente arriba listada y a mi leal saber y entender yo declaro que ella la entiende y está dispuesta a tomar parte en el programa, de acuerdo con los términos del Consentimiento.

✍

_____ _____
Firma Fecha

Estado de California—Agencia de Salud y Servicios Humanos
Departamento of de Salud Pública de California

RON CHAPMAN, MD, MPH
Director & State Health Officer

EDMUND G. BROWN, JR.
Governor

MENSAJE DE LA SECCION DE DETECCIÓN DEL CANCER
[Spanish]

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

A Partir del 1 de Marzo del 2010

ESTE AVISO DESCRIBE COMO PUEDE USARSE Y DIVULGARSE SU INFORMACION MÉDICA Y COMO PUEDE USTED OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

Usted está recibiendo este Aviso porque uno de los Programas de la Sección de Detección del Cáncer paga por un servicio médico que se le da a usted.
El que reciba este aviso no significa que a usted se le haya diagnosticado cáncer.

POR FAVOR EXAMINE ESTE AVISO CON CUIDADO

La ley requiere que la Sección de Detección del Cáncer – incluyendo Programas para Detección del Cáncer: Cada Mujer Cuenta; el Programa para Tratamiento de Cáncer de la Próstata; El Programa de Control del Cáncer de California; y el programa WISEWOMAN – mantenga confidencial su información de atención medica. Nosotros obtenemos información acerca de usted cuando usted solicita servicios, y cuando los médicos, clínicas, y otros nos envían cobros por los servicios que le dieron. También obtenemos información médica acerca de su tratamiento cuando aprobamos que se le de tratamiento. Debemos darle este Aviso acerca de la ley y como es que nosotros usamos y compartimos su información de salud y cuáles son los derechos que usted tiene.

COMO TAL VEZ USEMOS Y COMPARTAMOS INFORMACIÓN SUYA

La Sección de Detección del Cáncer usa y comparte información acerca de usted al administrar los programas de la Sección de Detección del Cáncer. Esta información incluye cosas como su nombre, dirección, datos personales, historial médico, y atención médica que se le ha provisto.

Nosotros usamos esta información y la compartimos con otros por las siguientes razones:

- **Para tratamiento:** Su doctor nos informa acerca del cuidado médico que se le ha provisto a usted, los resultados de esa atención médica, y otra atención médica que usted tal vez necesite. Nosotros compartiremos esa información con médicos, hospitales y otros para poder darle el cuidado que necesita.
- **Para pagar facturas:** La Sección de Detección del Cáncer y otros que trabajan con nosotros examinan, aprueban, y pagan las facturas que nos envían por la atención médica dada a usted. Cuando hacemos esto, nosotros compartimos información con los médicos, clínicas, y otros que nos envían facturas por atención médica dada a usted.

- **Para funciones sobre el cuidado de salud:** La Sección de Detección del Cáncer puede usar sus expedientes médicos para revisar la calidad de la atención que usted recibe. También podemos usar esta información en auditorías o investigaciones sobre fraude, o para planificar y administrar la Sección de Detección del Cáncer.

ALGUNAS OTRAS FORMAS EN QUE TAL VEZ USEMOS SU INFORMACION

La ley permite que la Sección de Detección del Cáncer use o provea a otros la información acerca de usted que tenemos debido a la siguientes razones:

- Para llamarle a usted o escribirle acerca de sus beneficios bajo los programas de la Sección de Detección del Cáncer.
- Por razones de salud pública, tales como informar cuando surgen enfermedades.
- Para casos legales y administrativos, tales como responder a una orden del juzgado.
- Para estudios de investigación que estén de acuerdo a todas las reglas de la privacidad, tales como investigación y prevención de enfermedades.
- Para propósitos requeridos por la ley, tales como indemnización a los trabajadores.
- A las agencias que supervisan el sistema de cuidado de la salud, para auditorias o investigaciones.
- En apelaciones o decisiones de reclamos sobre atención medica que ha pagado o que ha denegado la Sección de Detección del Cáncer.
- Al gobierno federal cuando revisa como estamos cumpliendo con las leyes de la privacidad.
- Para recopilar información que ya no puede ser conectada con usted.
- A otras agencias del gobierno que provee beneficios públicos, tales como Medi-Cal.

Nosotros tal vez proveamos información acerca de usted a organizaciones que nos ayudan a dirigir nuestro programa, como el pagar facturas. Si así sucede, nos aseguraremos de que ellos protejan la privacidad de su información que compartimos con ellas.

Algunas leyes estatales limitan el compartir la información mencionada anteriormente. Por ejemplo, hay leyes especiales que protegen la información acerca de estado de HIV/AIDS, atención sobre salud mental, discapacidades del desarrollo, y abuso y tratamiento de drogas y alcohol. Nosotros obedeceremos estas leyes.

CUANDO SE NECESITA CONSENTIMIENTO POR ESCRITO

Antes de que la Sección de Detección del Cáncer use información personal de usted por alguna razón que no se indicó anteriormente, nosotros obtendremos consentimiento por escrito de usted. Usted puede cancelar su consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto si la Sección de Detección del Cáncer ya ha actuado debido a que tenía permiso de usted.

¿CUÁLES SON SUS DERECHOS DE PRIVACIDAD POR LEY?

Usted tiene el derecho de:

- Solicitar límites en cuando a como usamos o divulgamos su información personal sobre atención médica de las maneras descritas anteriormente. Tal vez no podamos acceder a su petición.
- Puede solicitar que nos comuniquemos con usted solamente por escrito o a otra dirección, caseta postal, o número telefónico. Aceptaremos las solicitudes que sean necesarias para proteger su seguridad.

- Examinar y obtener una copia de la información que la Sección de Detección del Cáncer tiene acerca de usted. Usted puede pedir que alguien más examine y obtenga una copia de la información que la Sección de Detección del Cáncer tiene acerca de usted. La Sección de Detección del Cáncer tiene información acerca de su elegibilidad, sus facturas por atención médica, y alguna información médica que usamos para aprobar servicios que se le proveen o para administrar la atención medica que se le provee. Usted tal vez tenga que pagar por el costo de copiar y enviar por correo los expedientes. Tal vez no podamos permitir que usted vea todas o algunas secciones de sus expedientes cuando la ley lo permita. Si lo hacemos, le daremos información sobre cómo puede usted apelar nuestra decisión.
- Cambiar los expedientes si usted cree que alguna información que tenemos acerca de usted está equivocada. Podemos negarle su solicitud si la información no fue registrada o no la guardaba la Sección de Detección del Cáncer o si la información ya está correcta y completa. Usted tiene el derecho de decirnos por escrito que no está de acuerdo con nuestra negación y su carta se mantendrá junto con sus expedientes.

******IMPORTANTE******

LA SECCIÓN DE DETECCIÓN DEL CÁNCER NO TIENE COPIAS COMPLETAS DE SUS EXPEDIENTES MÉDICOS.
SI USTED DESEA EXAMINARLOS, OBTENER UNA COPIA, O CAMBIAR INFORMACIÓN EN SUS EXPEDIENTES MÉDICOS,
POR FAVOR COMUNÍQUESE CON SU MÉDICO, CLÍNICA, O PLAN DE SEGURO MÉDICO.

- Solicitar una lista de las veces que hemos compartido su información de salud después del 14 de Abril del 2003. La lista le dirá qué información compartimos, con quién, y por qué razones. La lista no incluirá información acerca de cuándo compartimos sus expedientes con otros sin su consentimiento, o cuando compartimos su información para su tratamiento médico, pago de facturas, o funcionamiento de cuidado médico.
- Usted tiene derecho de obtener una copia escrita de este Aviso de Prácticas de Privacidad cuando la solicite. Usted también puede encontrar este Aviso en nuestra página de Internet en: http://www.cdph.ca.gov/programs/cancerdetection.

CÓMO COMUNICARSE CON NOSOTROS PARA USAR SUS DERECHOS

Si usted quiere usar cualquiera de sus derechos de privacidad que se explicaron en este Aviso, por favor escríbanos o llámenos a la dirección o al número telefónico que aparece en seguida. Nosotros le enviaremos el formulario que necesite.

Cancer Detection Section
CA Department of Public Health
P.O. Box 997377, MS 7203
Sacramento, CA 95899-7377
(916) 449-5300

PARA ARCHIVAR UNA QUEJA

Si usted cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede archivar una queja al llamar o escribir a:

Privacy Officer
CA Department of Public Health
P.O. Box 997377, MS 0506
Sacramento, CA 95899-7377
(916) 440-7671 ó (877) 421-9634 TTY/TDD

Ó

Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services
Office for Civil Rights
Attention: Regional Manager
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103

(415) 437-8310 ó
(415) 437-8311 TDD
(415) 437-8329 FAX

SUS BENEFICIOS ESTÁN SEGUROS

La Sección de Detección del Cáncer no puede quitarle sus beneficios de cuidado médico o vengarse de ninguna manera si usted archiva una queja o usa cualquiera de los derechos de privacidad que se encuentran en este Aviso.

¿TIENE ALGUNA PREGUNTA?

Si tiene usted cualquier pregunta acerca de este Aviso, de cómo protegemos su información de salud personal, o quiere más información, por favor comuníquese con la Sección de Detección del Cáncer, a la dirección indicada en este aviso.

CAMBIOS A ESTE AVISO

La Sección de Detección del Cáncer debe obedecer las reglas de este Aviso empezando el 1 de Marzo del 2010. Nosotros tenemos el derecho de cambiar nuestras reglas sobre la privacidad. Si hacemos cambios, entonces cambiaremos este Aviso y se lo enviaremos de inmediato.

Para obtener una copia de este aviso en otros idiomas, Braille, letra grande, audio casete, o disco de computadora, por favor llame o escriba a la Sección de la Detección del Cáncer al número telefónico o a la dirección indicada en este Aviso.