



JENNIFER KENT
DIRECTOR

State of California—Health and Human Services Agency Department of Health Care Services



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 Servicios de Salud 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 Servicios de Salud 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 Servicios de Salud 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