



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.

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 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.

Handwritten signature line and blank line for 'Firma' and 'Fecha'.

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

Handwritten signature line and blank line for 'Firma' and '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.

Handwritten signature line and blank line for 'Firma' and 'Fecha'.