SAMPLE **(Insert Agency Name)**

Breast and Cervical Cancer Control Program
Consent for Services/Release of Medical Information

The Breast and Cervical Cancer Control Program (BCCCP) provides screening tests for breast and cervical cancer to eligible women ages 40-64.

I understand the screening will include one or more of these tests:

- breast exam
- pelvic exam with Pap smear (ages 40-64 every 2-3 years)
- Mammogram (every 1-2 years after age 50)

I understand the program can only provide and pay for tests that are approved by the program. I understand that all results of the screening tests will be explained to me. If any test results are abnormal, I will be referred to another provider for more testing or treatment. All information will be kept private. Only my doctor or nurse, and the NC BCCCP staff can see it.

If further tests or surgeries are needed which are not covered by BCCCP, I understand I am responsible to work out a payment plan with my medical provider. I am responsible for keeping any appointments made for me. If I choose not to follow the program recommendations, treatment plan, or referrals to other providers, I accept full responsibility for the consequences of my decision.

I consent to planning of services to diagnose and treat problems found through NC BCCCP screening.

I authorize the _____ (insert your agency name) to send BCCCP test results to the provider of my choice and to the N.C. BCCCP. I also authorize my physician or medical facility to release the diagnosis or findings pertaining to any BCCCP screening referral to the_____(insert your agency name). The purpose of sending and receiving this information is to coordinate my care and provide screening information for statistical purposes.

DATE_____ SIGNATURE_____

WITNESS _____

DATE_____ SIGNATURE_____

WITNESS _____

DATE_____ SIGNATURE_____

WITNESS _____

DATE_____ SIGNATURE_____

WITNESS _____

SAMPLE **_____(Insert Agency Name)_____**

Programa de control del cáncer de seno y cáncer cervical
Consentimiento para servicios / Divulgación de información de salud

El BCCCP (Programa de control del cáncer de seno y cáncer cervical) ofrece pruebas de detección para el cáncer de seno y cáncer cervical a mujeres elegibles entre los 40 y 64 años de edad.

Entiendo que el examen de detección incluirá una o más de estas pruebas:

- examen de los senos
- examen pélvico con prueba de Papanicolau (edades de 40 a 64, cada 2 ó 3 años)
- Mamografía (cada 1 ó 2 años después de los 50)

Entiendo que el programa sólo puede ofrecer y pagar por pruebas que son aprobadas por el programa. Entiendo que se me explicarán todos los resultados de las pruebas de detección. Si los resultados de alguna prueba son anormales, se me derivará a otro médico para pruebas adicionales o tratamiento. Toda la información se mantendrá privada. Sólo mi médico o enfermera y personal del BCCCP de Carolina del Norte pueden verla.

Si es necesario realizar otras pruebas o cirugías, no cubiertas por el BCCCP, entiendo que es mi responsabilidad acordar un plan de pago con mi médico. Tengo la responsabilidad de asistir a todas las citas que me den. Si decido no seguir las recomendaciones del programa, el plan de tratamiento o las derivaciones a otros médicos, acepto totalmente la responsabilidad por las consecuencias de mi decisión.

Doy mi consentimiento a que se planifiquen servicios para diagnosticar y tratar los problemas que se descubran mediante el programa de detección BCCCP de Carolina del Norte.

Autorizo a _____ (insert your agency name) para enviar los resultados de las pruebas de BCCCP al médico de mi elección y a BCCCP de Carolina del Norte. También autorizo a mi médico o institución médica para que entregue el diagnóstico o los hallazgos que tengan relación con cualquier derivación del programa de detección BCCCP a _____ (insert your agency name). El propósito de enviar y recibir esta información es coordinar mi atención y proveer datos de detección para propósitos estadísticos.

FECHA_____ FIRMA_____

TESTIGO_____

FECHA_____ FIRMA_____

TESTIGO_____

FECHA_____ FIRMA_____

TESTIGO_____

FECHA_____ FIRMA_____

TESTIGO_____