

(Ingrese el nombre de la agencia arriba o póngalo en el encabezado)

PROGRAMA DE CONTROL DE CÁNCER DE MAMA Y DE CUELLO UTERINO DE CAROLINA DEL NORTE
Consentimiento para los Servicios o la Divulgación de la Información Médica

El Programa de Control de Cáncer de Mama y de Cuello Uterino de Carolina del Norte (NC Breast and Cervical Cancer Control Program, NC BCCCP) proporciona pruebas de detección o pruebas de diagnóstico limitadas para el cáncer de mama y de cuello uterino a mujeres elegibles entre 21 y 64 años. El NC BCCCP también puede proporcionar pruebas de detección o de diagnóstico limitadas en situaciones especiales a mujeres menores de 40 años que presenten síntomas, que cumplan con los criterios de elegibilidad y cuyos servicios de diagnóstico no estén cubiertos a través de otros programas (por ejemplo, el Programa de Planificación Familiar del Título X). Además, el NC BCCCP proporciona servicios exclusivos de asesoramiento para pacientes mujeres que tienen un diagnóstico de cáncer de mama o de cuello uterino o un diagnóstico de precáncer de mama o de cuello uterino y que no forman parte del NC BCCCP. Los servicios exclusivos de asesoramiento para el paciente se proporcionan para ayudar con la solicitud para el Programa contra el Cáncer de Mama y de Cuello Uterino de Medicaid (Breast and Cervical Cancer Medicaid, BCCM).

_____ Iniciales del Paciente Doy mi consentimiento para los servicios de pruebas de detección o de diagnóstico de NC BCCCP

_____ Iniciales del Paciente Doy mi consentimiento para los servicios exclusivos de asesoramiento para el paciente

Entiendo que la detección puede incluir una o más de las siguientes pruebas:

- Exámenes mamarios clínicos.
- Exámenes pélvicos con estudio citológico de cuello uterino (de 21 a 64 años cada tres (3) años, cabe destacar que las mujeres mayores de 30 años pueden someterse a pruebas de detección cada tres (3) años solo con estudio citológico de cuello uterino; cada cinco (5) años solo con la prueba de PVH de alto riesgo o cada cinco (5) años con combinación del estudio citológico de cuello uterino y prueba de PVH de alto riesgo).
- Mamografías de detección cada 1 o 2 años después de los 50 años (o después de los 40 años si hay fondos estatales disponibles).

Entiendo que el programa solo puede proporcionar y pagar las pruebas que estén aprobadas por el programa. Entiendo que me explicarán todos los resultados de las pruebas de detección. Si algún resultado presenta una anomalía, me remitirán a otro proveedor para realizar más pruebas o recibir tratamiento. Toda la información será confidencial, solo podrán acceder mi médico o el personal de enfermería y los miembros del personal de NC BCCCP.

Si necesito realizarme más pruebas o cirugías que NC BCCCP no cubra, entiendo que es mi responsabilidad coordinar un plan de pago con mi proveedor de atención médica. Soy responsable de asistir a todas las citas programadas. Si decido no seguir las recomendaciones del programa, el plan de tratamiento o las remisiones a otros proveedores, acepto toda la responsabilidad de las consecuencias de mi decisión.

Doy mi consentimiento para planificar los servicios para diagnosticar y tratar los problemas que se encuentren a través de las pruebas de detección del NC BCCCP.

Autorizo a _____ (nombre de su agencia) a enviar los resultados de las pruebas del NC BCCCP al proveedor de mi elección y a NC BCCCP. Además, autorizo a mi médico o centro médico a divulgar el diagnóstico o los resultados correspondientes a cualquier prueba de detección o procedimiento de diagnóstico de cáncer de mama o de cuello uterino a _____ (nombre de su agencia). La razón para enviar y recibir esta información es coordinar mi atención médica y proporcionar información con motivos estadísticos.

FECHA: _____

FIRMA: _____

TESTIGO: _____