

(Insert Agency Name)  
**Programa de Control de Cáncer Mamario y Cervical**  
**Consentimiento de Servicios/Liberación de Información Médica**

El Programa de Control de Cáncer Mamario y Cervical (BCCCP, por sus siglas en inglés) provee evaluaciones y/o pruebas de diagnóstico limitado para cáncer de pecho y cervical para mujeres elegibles entre 21-64. BCCCP puede también incluir evaluación diagnóstica limitada y/o pruebas en **circunstancias especiales para mujeres que presenten síntomas antes de los 40 años** que cumplan con los criterios de elegibilidad previamente no cubiertos bajo otro programa (ejm. Título X Planeación Familiar).

Comprendo que las pruebas incluyen uno o más de estas evaluaciones:

- Evaluación de mama /seno
- Examen pélvico con Papanicolau (edades 21-64 cada 3 años; mujeres mayores de 30 pueden elegir someterse a la prueba cada 5 años con prueba de HPV)
- Mamograma cada 1-2 años después de los 50 (o después de los 40, si fondos estatales están disponibles)

Comprendo que el programa puede proveer únicamente y pagar las pruebas aprobadas por el programa. Comprendo que todos los resultados de las pruebas serán explicados. Si cualquier resultado es anormal, seré referida a otro proveedor médico para mayor prueba o tratamiento. Toda información será privada. Únicamente mi doctor o enfermera y el personal de NC BCCCP pueden verla.

Si se requieren más pruebas o cirugías que no estén cubiertas por el BCCCP, comprendo que soy responsable de formar un plan de pago con mi proveedor médico. Soy responsable de mantener mis citas. Si elijo no seguir las recomendaciones del programa, plan de tratamiento o referencias a otros proveedores, acepto responsabilidad total de las consecuencias de mi decisión.

Doy consentimiento para la planeación de servicios para diagnosticar y tratar problemas hallados a través de las pruebas NC BCCCP.

Autorizo al \_\_\_\_\_ (inserte el nombre de su agencia) para enviar los resultados de las pruebas del BCCCP al proveedor de mi elección y al BCCCP de Carolina del Norte. Autorizo a mi médico o instalación médica a liberar el diagnóstico y hallazgos en relación a cualquier referencia de las pruebas de BCCCP al \_\_\_\_\_ (inserte el nombre de su agencia). El propósito de enviar y recibir esta información es coordinar mi tratamiento y proveer información para propósitos estadísticos.

FECHA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

TESTIGO \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

TESTIGO \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

TESTIGO \_\_\_\_\_