

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

AGENCY #	CHART #	eCaST ID
----------	---------	----------

INSTRUCCIONES PARA EL PACIENTE: LEA ESTA PÁGINA CUIDADOSAMENTE ANTES DE FIRMAR A CONTINUACIÓN

APELLIDO *	PRIMER NOMBRE*	SEGUNDO NOMBRE*	APELLIDO DE SOLTERA*
ÚLTIMOS 4 NÚMEROS DE SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL*	FECHA DE NACIMIENTO*	EDAD*	

Entiendo que al inscribirse en la Women's Wellness Connection (Conexión de bienestar de la mujer, WWC por sus siglas en inglés) estoy de acuerdo con lo que indique en este formulario :

- Tengo entendido que la Women's Wellness Connection (WWC) es un programa conducido por el Departamento de salud pública y medio ambiente de Colorado.
- La WWC es un programa de detección de cáncer en el seno y de cáncer cervical. La WWC no cubre los costos de atención que no estén asociados con la lactancia materna o la detección de cáncer cervical.
- La WWC no paga por ciertas pruebas. La WWC no paga por ningún tratamiento contra el cáncer. He hablado con alguien de esta clínica acerca de qué opciones tengo y comprendo que podría tener que pagar por algunas pruebas y tratamientos que la WWC no cubre.
- No tengo seguro médico que pague por estas pruebas o mi seguro de salud tiene un deducible o copago alto que no puedo pagar. Comprendo que si tengo un seguro médico y cubre el tratamiento del cáncer, yo no seré elegible para el programa de cáncer cervical y en el seno de Medicaid si se me diagnostica con cáncer del seno o cervical a través del programa.
- La WWC tiene reglas sobre quién puede inscribirse en el programa. Toda la información que he proporcionado a la clínica es hasta mi leal saber y entender cierto. Si le digo a la clínica algo que no es cierto, no podré recibir estas pruebas, tendré que pagar por las pruebas hechas, y no puedo ser elegible para el seno y el programa de Medicaid de Cáncer Cervical si yo estoy diagnosticada con cáncer del seno o cervical a través del programa.
- Tengo entendido que la WWC recibirá información relacionada con la salud de mis senos y mi salud cervical. Esto puede incluir partes de mi historial médico, resultados de las pruebas e información del seguro. La WWC es muy cuidadosa en mantener mi información privada.
- Entiendo que la WWC analiza la información de la salud del pecho y cuello uterino de las mujeres que participaron en el programa para ayudar a mejorar la salud de todas las mujeres. También analizan información demográfica.
- Mi médico, clínica, hospital, laboratorio y centro de mamografía pueden compartir mi información con: _____ (nombre de la agencia de contrato) y la WWC.
- Comprendo que tengo el derecho a retirarse del programa de WWC. Si ya no deseo participar en la WWC, le informaré por escrito a mi proveedor de atención médica y me retiraré del programa por WWC y mi proveedor de atención médica. Tengo entendido que cualquier información compartida antes de mi retiro del estudio será conservado por la WWC.
- Comprendo que recibiré cartas de mi médico por correo para recordarme cuándo es momento de volver a mi clínica para las pruebas o el tratamiento.

SIGNATURE

DATE

NAME (PLEASE PRINT)