

Programa de Control y Navegación de Cáncer de Seno y Cervical del Sudoeste de Michigan (BCCCNP)

Registro de Consentimiento Informado / Liberación de Información (Necesita llenar esta forma una vez por año)

El propósito de esta forma es el de darme información acerca del programa BCCCNP y ayudarme a decidir si quiero participar. Servicios de Salud y de la Comunidad del Condado de Kalamazoo es la Agencia Local que coordina el programa. Esta información también incluyen los servicios de Seno otorgados por el Wrap Around Program que son financiados por Susan G. Komen Michigan.

PRUEBAS DE DETECCIÓN QUE SE OFRECEN A LAS MUJERES QUE CALIFICAN PUEDEN INCLUIR :

Iniciales del Cliente _____

- **Visita a la clínica** para un examen de seno y/o cervical pagada una vez por año. (365 días después del último examen).
- **Prueba de Papanicolaou** pagada cada 3 años dependiendo del historial médico del paciente.
- **Mamografía** (radiografías del seno) pagada una vez por año. (365 días después del último examen normal)
- **Los servicios de diagnóstico** de seguimiento necesarios después de que los resultados de las pruebas de detección son anormales y que el programa BCCCNP los haya aprobado.
- **Recomendación para tratamiento** de cáncer de seno o de cáncer cervical si es necesario.

Entiendo que los riesgos asociados con los exámenes son bajos. No hay examen que sea 100% exacto. Los exámenes de detección no previenen el cáncer pero son importantes ya que pueden encontrar el cáncer temprano y la posibilidad de sobrevivir podría ser mejor.

COSTO DE LOS SERVICIOS DE BCCCNP:

Iniciales del Cliente _____

- Es mi responsabilidad llamar a mi compañía de seguro médico para saber lo que mi plan cubre. Al momento de inscribirme, puedo calificar para recibir los servicios del programa sin costo alguno **SI**:
 - Mi seguro medico NO cubre examen de seno y/o cervical o servicios de diagnósticos que necesito, o
 - Mi seguro medico tiene un deducible muy alto que debe ser pagado antes de poder recibir servicios y no puedo pagar el deducible.
- El BCCCNP paga SOLO por exámenes de detección específicos de seno y/cervical y por servicios de diagnóstico. Los fondos son limitados y sólo puede pagar a los proveedores que participan en el programa.
- Los proveedores de servicios médicos pueden recomendar exámenes o procedimientos que no son cubiertos por BCCCNP. Yo podría terminar pagando por estos servicios.
- Es mi responsabilidad discutir el método de pago con algún/todos los proveedores/agencias de servicios médicos. Si no puedo pagar, el personal del BCCCNP trabajará conmigo para ver cómo puedo obtener los servicios que necesito.
- No todos los servicios de seguimiento son pagados por el BCCCNP. Se me recomienda que busque asistencia financiera en el hospital o clínica en donde se me hagan los exámenes.

SEGUIMIENTO DE DIAGNOSTICO CON RESULTADOS ANORMALES

Iniciales del Cliente _____

- El personal de BCCCNP me dirá los resultados de mis exámenes y me ayudara a buscar servicios, si es que necesite otros exámenes de seguimiento.
- Es mi decisión de continuar con las recomendaciones de seguimiento cuando los resultados de los exámenes son anormales.

SI SE ME DIAGNOSTICA CANCER DE SEÑO O CERVICAL

Iniciales del Cliente _____

- Entiendo que el BCCCNP no paga por el tratamiento del cáncer de seno o cervical.
- Si se me diagnostica cáncer de seno o cervical, el personal de BCCCNP determinará si califico para algún programa que me dará cobertura de seguro medico mientras se me trata el cáncer.
- Entiendo que una vez que termine mi tratamiento, o ya no califique para el BCCCNP, este servicio de cobertura terminará.
- Si no califico para éste programa de tratamiento, el personal de BCCCNP me recomendará con proveedores de servicios médicos para ayudarme a obtener tratamiento para el cáncer.

ESTOY DE ACUERDO EN

- Tener los exámenes de detección recomendados por mi proveedor de servicios médicos.
- Que se me contacte para programar citas de detección o citas de seguimiento.
- Permitir que el personal de BCCCNP intercambie información acerca de mi cuidado médico con cualquier proveedor de servicios que participe con el programa, consultar con proveedores privados, consultar con mi seguro medico, con la Agencia de Coordinación Local para el programa, con el Departamento de Salud Comunitario del estado de Michigan y con cualquier otro departamento local o del estado de Michigan.
- Llamar de manera gratuita al 1-888-243-4087 a la agencia BCCCNP si tengo preguntas acerca del programa o de los costos.

He podido hacer preguntas acerca de BCCCNP, acerca de este registro de consentimiento y se me han contestado mis preguntas. Basándome en lo que yo entendido acerca de éste programa, yo deseo inscribirme en él.

El contenido de esta forma estará en efecto por sólo un año a partir de la fecha de la firma o hasta que la concesión se termine.

Firma del Cliente

Fecha

Firma de la persona que obtuvo el consentimiento

Envíe la forma completa por fax a LCA @ 269-373-5362
Fax this completed form to LCA @ 269-373-5362

Spanish BCCCNP Consent-Release Form 4.2016.docx