Autorización n.º:      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Asesoramiento n.º:      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Consentimiento para el asesoramiento sobre salud de mamas y de cuello uterino

|  |
| --- |
| **DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA** |

El **Programa de Salud de Mamas y de Cuello Uterino (BCCHP, por su sigla en inglés)** es un esfuerzo conjunto entre los proveedores de salud, el Departamento de Salud del Estado de Washington (DOH, por su sigla en inglés) y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por su sigla en inglés) para apoyar la detección del cáncer de mama y de cuello de uterino. El objetivo del examen es detectar el cáncer en su fase más temprana para poder prevenirlo o tratarlo más fácilmente. El BCCHP reconoce que hay barreras para recibir el examen de detección del cáncer que van más allá de la cobertura del seguro. El BCCHP puede ayudar a algunas personas a realizarse el examen de detección del cáncer de mama o de cuello uterino, al abordar los posibles obstáculos para la detección del cáncer, independientemente de la situación del seguro.

|  |
| --- |
| CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN |

Doy mi consentimiento para que todos y cada uno de mis proveedores de servicios médicos y sociales, clínicas, hospitales, planes de seguro médico y el BCCHP se proporcionen mutuamente información sobre mi atención médica y las barreras para recibir atención en lo que respecta a abordar dichas barreras y completar el examen de detección del cáncer. Entiendo que este formulario de consentimiento caduca 12 meses después de la fecha en que lo firmo. Debo volver a dar mi consentimiento después de los 12 meses para seguir recibiendo servicios de asesoramiento.

**Entiendo que toda la información que se entregue al BCCHP será confidencial en la mayor medida permitida por la ley.** La información estará a mi disposición, a la de los empleados que participen en mis servicios del BCCHP, a la de la Autoridad Sanitaria (para el Programa de Tratamiento del Cáncer de Mama y Cuello Uterino (BCCTP, por su sigla en inglés), si corresponde) y a la del Departamento de Salud (fuente de financiación del BCCHP). La información se utilizará para cumplir con los fines del BCCHP tal y como se ha descrito anteriormente. Los informes publicados que resulten del BCCHP no identificarán a ningún cliente por su nombre.

Entiendo que recibir servicios de asesoramiento es voluntario y que puedo dejar de recibir los servicios y retirar mi consentimiento para la divulgación de información en cualquier momento.

**Si falsifico cualquier información utilizada para determinar mi elegibilidad, entiendo que soy responsable de los cargos.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Firme aquí | Fecha |  | Testigo: Centro de salud | Fecha |
| Escriba aquí su nombre en letra de imprenta |  |  | Intérprete (si lo hay) | Fecha |