

Departamento de salud del Condado de Beaufort  
Programa de Control Para Cáncer de Cuello Uterino y Mama

Consentimiento Para Servicios/Divulgar Información Médica

El Programa de Control de Cáncer Cervical y Mama (BCCCP siglas en Ingles) proporciona pruebas de detección para Cáncer de Mama y Cáncer Cervical a mujeres elegibles.

Me han informado y yo entiendo que:

- Las Pruebas de Detección serán/podrán incluir un examen de mama, examen pélvico con Papanicolaou y una mamografía.
- Una vez inscrita en el Programa de Control, el Programa incita a que se realicen los exámenes cada año hasta los 65 años, tiempo en el cual Medicare se convertiría en la fuente de pago principal para estos exámenes.
- El Programa sólo puede proporcionar y pagar los procedimientos autorizados por el mismo.
- Los resultados de todos los exámenes serán explicados a mí.
- Es mi responsabilidad en hacer un plan de pago con el proveedor médico para prestarme sus servicios en caso de que necesite más pruebas o tratamiento y estos no sean pagados por El Programa de Control.
- Si no sigo las recomendaciones Del Programa, esto puede afectar la elegibilidad para continuar los servicios de este a través Del Departamento De Salud del Condado De Beaufort.
- Si mi examen de mama, mamografía o prueba de Papanicolaou es considerada anormal, la Coordinadora del Programa De Control Del Departamento de Salud me referirá a un proveedor calificado para pruebas adicionales y/o tratamiento.

Yo Autorizo:

- Al Departamento de Salud Del Condado De Beaufort a enviar los resultados de las pruebas al proveedor de mi elección y al Programa de Control de Cáncer Cervical y de Mama de Carolina Del Norte.
- Al Médico o Centro Médico que está prestando servicios a divulgar el diagnostico u otros resultados correspondientes a cualquier prueba bajo el Programa de Control al Departamento De Salud Del Condado de Beaufort.

El propósito de este intercambio de información médica es para coordinar mi atención y datos de proyección para fines estadísticos. Toda la información médica es confidencial y sólo pueda ser vista por las personas autorizadas.

Me comprometo a mantener cualquier cita hecha para mí. Acepto la responsabilidad para seguir recomendaciones del programa, planes de tratamiento y referencias a otros proveedores. Doy mi consentimiento a la planificación de servicios necesarios para el diagnóstico y tratamiento de problemas encontrados como resultado de pruebas de detección bajo el Programa de Control.

Fecha \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_

*Place client label here*

**Departamento de salud del Condado de Beaufort**  
**Programa de Control de Cáncer de Cuello Uterino y Mama**  
**Registración del cliente e Información Financiera**

Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Domicilio (Incluyendo Ciudad, Estado y Código Postal):  
 \_\_\_\_\_

# De teléfono de casa: \_\_\_\_\_ # de Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ # de Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Dirección postal (si es diferente):  
 \_\_\_\_\_

Idioma:  Inglés  Español  Otros: \_\_\_\_\_

Estado civil:  Soltera  Casada  Divorciada  Separados  Viuda

Raza:  Blanco  Hispanos  Nativo Americano  Asiático  Americano Africano

**Elegibilidad Financiera Para el Programa:**

Para ser elegible para el programa de Control, el ingreso familiar anual debe ser 250% bajo el nivel federal de pobreza. Las mujeres que reciben Medicare Parte B o Medicaid **no son** elegibles.

Por favor escriba los nombres de familiares que viven en su hogar y sus ingresos.

| Nombre | Relación con el paciente | Ingresos Ganados |
|--------|--------------------------|------------------|
|        | <b>Mismo</b>             |                  |
|        |                          |                  |
|        |                          |                  |
|        |                          |                  |

Tamaño de la familia: \_\_\_\_\_ Ingresos en Total: \_\_\_\_\_

*Mi firma abajo indica que estos ingresos son verdaderos y correctos. Entiendo que información inexacta puede descalificarme para recibir servicios de detección y tratamiento del Programa de Control.*

Firma: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_