



1436 HIGHLAND DRIVE
WASHINGTON NC 27889

Beaufort County Public Health Department

TELEPHONE: 252.946.1902
FAX: 252.946.8430

PROGRAMA DE CONTROL DEL CÁNCER DE MAMA Y CÁNCER CERVICAL DE CAROLINA DEL NORTE

EMAIL: BCHealth@bchd.net
www.bchd.net

Consentimiento para Servicios y Divulgación de Información Médica

El Programa de Control del Cáncer de Mama y cáncer Cervical de Carolina del Norte (NC BCCCP) proporciona pruebas de detección y pruebas de diagnóstico limitadas para el cáncer de mama y cáncer cervical a mujeres elegibles de 21 a 64 años. NC BCCCP también puede proporcionar pruebas de detección y **pruebas de diagnóstico limitadas en circunstancias especiales a mujeres que presentan síntomas menores de 40 años** que cumplen con los requisitos de elegibilidad y cuyos servicios de diagnóstico que no estén cubiertos de otra manera o a través de otro programa (por ejemplo, Planificación Familiar del Título X). Además, NC BCCCP proporciona servicios de navegación del paciente solo para mujeres que son diagnosticadas con cáncer de mama o de cáncer cervical o precáncer de mama o de cáncer cervical fuera de NC BCCCP. Navegación del paciente: solo se brindan servicios para ayudar con una solicitud de Medicaid para el cáncer de mama y cáncer cervical (BCCM).

_____ Doy mi consentimiento para los servicios de detección y diagnóstico de NC BCCCP
(Iniciales del paciente)

_____ Doy mi consentimiento para la navegación del paciente- Solo Servicios
(Iniciales del paciente)

Entiendo que una prueba de detección puede incluir una o más de estas pruebas:

- Examen clínico de los senos.

Examen pélvico con citología cervical (de 21 a 64 años cada tres (3) años; cabe destacar que las mujeres de 30 años o más pueden ser examinadas cada tres (3) años con citología cervical sola, cada cinco (5) años con pruebas de hr VPH solas, o cada cinco (5) años con citología cervical y pruebas conjuntas de hr VPH).

- Mamografía de detección cada 1-2 años después de los 50 años (o después de los 40 años si hay fondos disponibles).

Entiendo que el programa solo puede proporcionar y pagar por las pruebas que están aprobadas por el programa. Entiendo que todos los resultados de las pruebas de detección me serán explicadas. Si los resultados de alguna prueba son anormales, me enviarán a otro proveedor para más pruebas o tratamiento. Toda la información se mantendrá privada; solo el personal autorizado del Departamento de Salud del Condado de Beaufort y el personal de NC BCCCP pueden verlo.

En caso de necesitar más pruebas o cirugías que no están cubiertas por NC BCCCP, Yo entiendo que soy responsable de elaborar un plan de pago con mi proveedor médico. Soy responsable de mantener cualquier cita hecha para mí. Si elijo no seguir las recomendaciones del programa, el plan de tratamiento o las referencias a otros proveedores, acepto toda la responsabilidad por las consecuencias de mi decisión.

Doy mi consentimiento para la planificación de servicios para diagnosticar y tratar problemas encontrados a través de la detección de NC BCCCP

Yo autorizo al **Departamento de Salud del Condado de Beaufort** a enviar los resultados de las pruebas de NC BCCCP al proveedor de mi elección y a NC BCCCP. También autorizo a mi médico o centro médico a divulgar el diagnóstico o los hallazgos relacionados con cualquier procedimiento de detección y diagnóstico de cáncer de mama y cáncer cervical al **Departamento de Salud del Condado de Beaufort**. El propósito de enviar y recibir esta información es coordinar mi atención y proporcionar información con fines estadísticos.

Fecha: _____

Firma: _____

Testigo: _____

**Beaufort County Health Department
Programa de Control de Cáncer de Cuello Uterino y Mama
Información de Registración y financiera del Cliente**

Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Apellidos: _____

Otros Nombres que Usted Usa: _____

Fecha de Nacimiento: _____ # de Seguro Social: _____

Dirección de Correo (incluyendo Ciudad, Estado, y Código Postal): _____ Condado: _____

Teléfono de Casa: _____ # de Teléfono del Trabajo: _____ # de Celular: _____

¿Podemos contactarle por carta? Sí No – ¿Si es no, podemos enviarle un sobre en blanco sin dirección de regreso? Sí No

¿Podemos Contactarle por teléfono? Sí No Lenguaje primario: Ingles Español Otro: _____

Estado Marital: Soltero Casado Divorciado Separado Viudo

Raza: Blanco Hispano Nativo Americano Asiático Africano Americano

¿Tiene usted Seguro medico? Sí No

Por favor enliste a los miembros de su familia que viven en su casa y su ingreso. La elegibilidad es Buena por un año al menos que haya un cambio en el ingreso mencionado abajo.

Nombre	Relación con el Paciente	Ingreso Ganado
	Usted	

Numero de la Familia	Ingreso Total

Mi firma debajo indica con lo mejor de mi conocimiento que este ingreso es verdadero y correcto.

Firma del Cliente: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____

Beaufort County Health Department
Breast and Cervical Cancer Control Program
Evaluación de Necesidades

Nosotros creemos que todas las personas deberían tener la oportunidad de estar sanas. Algunas cosas como no tener suficiente alimento, transporte confiable o un lugar seguro dónde vivir, pueden hacer difícil que se encuentre sano. Por favor responda las siguientes preguntas para ayudarnos a entender mejor su situación actual. Quizá no podamos encontrar recursos para todas sus necesidades, pero intentaremos ayudarle en todo lo posible.

	Sí	No
Alimentos		
1. En los últimos 12 meses, ¿tuvo la preocupación de que se le iba a acabar el alimento antes de tener dinero para comprar más?		
2. En los últimos 12 meses, ¿el alimento que compró no le rindió y no tuvo dinero para comprar más?		
Vivienda/Servicios públicos		
3. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido que quedarse a la intemperie, en un auto, tienda de campaña, refugio público o temporalmente en casa de alguien -quedándose en el sofá-?		
4. ¿Le preocupa la posibilidad de perder su casa?		
5. En los últimos 12 meses, ¿no le fue posible tener servicios públicos - calefacción, electricidad- cuando tenía gran necesidad de ellos?		
Transporte		
6. En los últimos 12 meses, ¿la falta de transporte le ha impedido llegar a citas médicas o realizar actividades de la vida diaria?		
Seguridad interpersonal		
7. ¿Se siente usted inseguro física o emocionalmente en donde vive actualmente?		
8. En los últimos 12 meses, ¿alguien le ha golpeado, cacheteado, pateado o lastimado físicamente?		
9. En los últimos 12 meses, ¿alguien le ha humillado o abusado emocionalmente de usted?		
Optional: Necesidad inmediata		
10. ¿Son urgentes sus necesidades? Por ejemplo: usted no tiene comida para esta noche, usted no tiene un lugar para dormir esta noche, o si usted tiene miedo de ir a su casa porque puede confrontar problemas.		
11. ¿Le gustaría tener ayuda en cualquiera de las necesidades que usted ha identificado?		
<u>Notas:</u>		

<https://www.ncdhhs.gov/about/department-initiatives/healthy-opportunities/screening-questions>

Signature _____ Date _____

Reviewed by: _____