

N.º de autorización: \_\_\_\_\_ N.º del BCCHP: \_\_\_\_\_

**Breast, Cervical and Colon Health Program Consent**  
**Consentimiento del Breast, Cervical and Colon Health Program****DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA**

El **Breast, Cervical and Colon Health Program (BCCHP, Programa de Salud de Mama, Cuello Uterino y Colon)** representa un esfuerzo conjunto de los proveedores de salud, el Washington State Department of Health (DOH, Departamento de Salud del Estado de Washington) y los Centers for Disease Control and Prevention (CDC, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades) con el fin de brindar apoyo para la detección del cáncer de mama y de cuello uterino. El objetivo de las pruebas de detección es detectar el cáncer en sus primeras etapas a fin de que se pueda prevenir o tratar. Las pruebas de detección del cáncer de mama incluyen un examen de mama y una radiografía mamaria que se denomina mamografía. Las pruebas de detección del cáncer de cuello uterino incluyen un examen pélvico y la extracción de una muestra de células del cuello uterino (apertura del útero o matriz), que se denominan prueba de Papanicolaou y prueba de VPH, respectivamente.

**CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**

Brindo mi consentimiento a todos los proveedores de atención médica, las clínicas, los hospitales, los planes de seguro médico que me brinden atención y al BCCHP para que compartan entre ellos la información sobre la atención médica, los exámenes de cuello uterino, los exámenes de mama, las mamografías y cualquier atención médica relacionada que reciba a través del BCCHP. Comprendo que este formulario de consentimiento expira 12 meses después de la fecha en que lo firmo. Debo volver a inscribirme después de los 12 meses para continuar recibiendo los servicios.

**Toda la información que se divulgue al BCCHP será confidencial.** La información estará disponible para mí, los empleados involucrados en los servicios del BCCHP que reciba, la Health Care Authority (Autoridad de Atención Médica) (en el caso del Breast and Cervical Cancer Treatment Program [BCCTP, Programa de Tratamiento para el Cáncer de Mama y de Cuello Uterino] si corresponde) y el Department of Health, que es la fuente de financiación del BCCHP. La información se utilizará para cumplir con los objetivos del BCCHP descritos anteriormente. Los informes que se publiquen a partir del BCCHP no identificarán a los clientes por su nombre.

Comprendo que la participación en el BCCHP es voluntaria y que puedo dejar de participar en el programa y retirar mi consentimiento para la divulgación de información en cualquier momento. Además, comprendo que si me diagnostican cáncer de mama o de cuello uterino, es posible que sea elegible para recibir tratamiento a través del BCCTP de Apple Health. El personal del BCCHP me ayudará a inscribirme. Como parte de los servicios de gestión de casos que reciba, comprendo que deberé dar mi consentimiento para recibir tratamiento y brindar otros datos que resulten necesarios.

**Si falsifico cualquier información utilizada para determinar mi elegibilidad, comprendo que seré responsable de pagar los cargos.**

\_\_\_\_\_  
Su firma\_\_\_\_\_  
Fecha\_\_\_\_\_  
Testigo: centro médico\_\_\_\_\_  
Fecha\_\_\_\_\_  
Su nombre en letra de imprenta\_\_\_\_\_  
Intérprete (si participó alguno)\_\_\_\_\_  
Fecha