

**CONSENTIMIENTO FUNDAMENTADO Y DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN  
DEL MS-BCCEDP**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ N.o de Seguro Social \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(letra imprenta) Apellido Nombre Inic. seg. nombre mm/dd/aaaa

**DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA**

El programa de detección temprana de cáncer de cuello uterino y de mama de Mississippi (Mississippi Breast and Cervical Cancer Early Detection Program, MSBCCEDP) es una iniciativa de cooperación entre los centros y proveedores, el Departamento de Salud del Estado de Mississippi y los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) para promover la detección de cáncer de cuello uterino y de mama. El objetivo es detectar el cáncer en la etapa inicial para que pueda ser tratado. La detección del cáncer de mama consiste en un examen de los senos y una radiografía de los senos llamada mamografía. La detección del cáncer de cuello uterino se realiza mediante un examen pélvico y una citología vaginal o Papanicolaou.

- Podrá realizar una consulta médica, Papanicolaou y/o mamografía GRATIS si cumple con los requisitos del programa sobre ingresos y no cuenta con seguro médico o estos servicios no están cubiertos por su seguro.
- Si el resultado de su examen de detección es anormal, el centro o el proveedor colaborarán con el programa para ayudarle a obtener pruebas de diagnóstico adicionales y tratamiento. El programa puede cubrir determinados servicios de diagnóstico pero no puede pagar por el tratamiento. Su proveedor de atención médica le indicará cuáles son los servicios específicos que cubre el programa y cuáles no están cubiertos. En el caso de que se haga una biopsia de mama y sea necesario realizar una cirugía adicional con fines de tratamiento, el MSBCCEDP no puede pagar la parte correspondiente al tratamiento de la cirugía, pero se hará una remisión a la División de Medicaid de Mississippi para obtener asistencia financiera adicional.
- Con el fin de garantizar que se disponga de servicios de diagnóstico y tratamiento adecuados después de un resultado anormal, es posible que el programa MSBCCEDP y/o el proveedor de servicios deban realizar una evaluación de necesidades adicional del paciente mediante administración de casos.
- El centro o proveedor colaborará con usted para hacerle saber cuándo debe hacerse el próximo Papanicolaou o mamografía.

**CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS Y DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**

He leído la información anterior y comprendo la explicación sobre el programa de detección temprana de cáncer de cuello uterino y de mama de Mississippi y por la presente doy mi autorización para recibir los servicios médicos indicados. Al acceder a participar en este programa, doy mi permiso a todos los proveedores, centros, centros de mamografías y/o hospitales a suministrar toda información sobre mis exámenes de Papanicolaou, exámenes de senos y mamografías, así como todo procedimiento de diagnóstico relacionado a MSBCCEDP. Dicha información puede incluir la remisión al personal clínico empleado por el Departamento de Salud del Estado de Mississippi.

Toda información que se divulgue al programa se mantendrá en estricta confidencialidad. Esto significa que la información solo se compartirá conmigo y los empleados del Departamento de Salud del Estado de Mississippi que trabajen en este programa. La información únicamente se usará para cumplir con los fines del programa, que se describen anteriormente, y todo informe que se publique como resultado de este programa no me identificará por mi nombre.

Comprendo que mi participación en este programa es voluntaria y que puedo retirarme del mismo y revocar mi consentimiento de divulgación de información en cualquier momento.

Comprendo que mis posibilidades de obtener exámenes de detección, pago, inscripción o la determinación de mi elegibilidad para recibir atención no dependerán de que firme esta autorización, a menos que la información sea necesaria para determinar mi inscripción o elegibilidad.

Aviso de privacidad:

He recibido el aviso de mis derechos sobre privacidad y me han proporcionado u ofrecido una copia del "Aviso de prácticas sobre privacidad" de parte del Departamento de Salud del Estado de Mississippi o mi proveedor de atención médica.

(Firma\*): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
mm/dd/aaaa

Firma de la persona que da consentimiento:  Yo  Consentimiento del representante autorizado legalmente/La autorización vence  a los dos (2) años desde la fecha del diagnóstico

*\*Si no está firmado por el paciente, indicar su parentesco con el paciente y adjuntar los documentos requeridos que confirmen que está autorizado para actuar en nombre del paciente:* \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_  
(Letra imprenta) Apellido Nombre Inic. seg. nombre

Nombre del proveedor o médico: \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE: ES POSIBLE QUE EL CENTRO O EL PROVEEDOR SUGIERAN U OFREZCAN SERVICIOS  
QUE NO SON PARTE DEL MS-BCCEDP. SI DECIDE USAR ESTOS SERVICIOS,  
MS-BCCEDP NO LOS REEMBOLSARÁ.**

