

ID del participante:	_____
ID del contratista:	_____
Número de fax:	_____

CONSENTIMIENTO PARA LA PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA DE SERVICIOS CONTRA EL CÁNCER

Sobre el Programa de Servicios contra el Cáncer (CSP)

El CSP es un programa del Departamento de Salud del Estado de Nueva York (NYSDOH) que trabaja con administradores de contratos y con médicos, enfermeros y otros proveedores de atención médica para ofrecer evaluaciones gratis, apropiadas para la edad y basadas en el riesgo, para la detección de cáncer de mama, cáncer de cuello uterino (apertura del útero) y cáncer colorrectal (colon y recto). Las pruebas de detección pueden ayudar a encontrar estos cánceres en las primeras etapas, cuando pueden ser más fáciles de tratar. A veces, cuando estos cánceres se detectan y tratan temprano, se pueden curar. Los administradores de contratos trabajan con usted, los proveedores de atención médica y el NYSDOH para prestar los servicios descritos en este consentimiento.

Las evaluaciones que ofrece el CSP para la detección de cáncer apropiadas para la edad y basadas en el riesgo son:

- Mamografías y exámenes clínicos de mama para detectar cáncer de mama
- Pruebas de Papanicolaou y exámenes pélvicos para detectar cáncer de cuello uterino
- Pruebas fecales para hacer en casa (FIT o FOBT) para detectar cáncer colorrectal
- Colonoscopia de detección para personas con mayor riesgo de tener cáncer colorrectal (esto significa que tienen una mayor probabilidad de padecer cáncer colorrectal)

Las personas que tienen resultados anormales en las pruebas de detección (las pruebas de detección muestran que pueden tener uno de estos cánceres) también pueden recibir los siguientes servicios del CSP:

- Exámenes de diagnóstico: se trata de pruebas y exámenes que comprueban si hay cáncer.
- Administración de casos: se trata de personas que lo ayudan a acceder a los exámenes de diagnóstico ayudando a programar citas, encontrar la manera de llegar a las citas, encontrar cuidado infantil y muchas otras formas de facilitar el acceso a las citas de los exámenes de diagnóstico importantes.
- Ayuda a encontrar tratamiento si se encuentra cáncer.
- Ayuda a entrar al Programa de Tratamiento contra el Cáncer (The Medicaid Cancer Treatment Program) de Medicaid si cumple la elegibilidad (reglas) del programa. El Programa de Tratamiento contra el Cáncer de Medicaid ofrece un seguro de Medicaid completo para las personas con cáncer de mama, de cuello uterino, colorrectal o de próstata que cumplen la elegibilidad (reglas) del programa.

Elegibilidad de ingresos y seguro

Las evaluaciones gratis que ofrece el CSP para la detección de cáncer solo se dan a aquellos que cumplen la elegibilidad (reglas) de ingresos y seguro médico. La elegibilidad de ingresos significa que la cantidad total de dinero que ganan las personas que viven en su casa debe estar por debajo de cierta cantidad para que usted pueda obtener servicios del CSP gratis. Los servicios del CSP también se prestan a personas que no tienen seguro médico (incluido Medicaid u otro seguro público) o cuyo seguro médico no cubre las evaluaciones de detección de cáncer. Los servicios del CSP también se pueden prestar a aquellos que tienen seguro médico, pero no pueden pagar el copago, el deducible o el pago inicial del seguro. El personal del contratista o el proveedor de atención médica del CSP le dará información sobre los ingresos y el seguro médico, y hablará con usted sobre si cumple o no estas reglas del programa.

ID del participante:	_____
ID del contratista:	_____
Número de fax:	_____

Firmar este consentimiento significa que:

- Leí la información del programa en la página 1 y hablé con el personal del contratista o el proveedor del CSP y entiendo los servicios que me presta el CSP.
- Acepto estar en este programa y entiendo que aceptando estar en este programa, doy permiso al Departamento de Salud del Estado de Nueva York, a los administradores de contratos y a los proveedores de atención médica, incluyendo médicos, clínicas u hospitales para revelar (compartir) información sobre mí. Entiendo que esta información incluye información financiera y del seguro, también información médica sobre mí y relacionada con mis evaluaciones de detección de cáncer de mama, de cuello uterino o colorrectal, y sobre cualquier atención de diagnóstico y tratamiento relacionada que reciba. Entiendo que esta información se revelará (compartirá) a otros proveedores de atención médica, administradores de contratos, otro personal, proveedores de atención médica o agencias que participan en el CSP y el Departamento de Salud del Estado de Nueva York para mi atención médica, tratamiento y seguimiento, y para fines de gestión de casos, seguimiento y pago.
- Entiendo que la información sobre mí y mi información médica se revelará solo según lo permita este consentimiento o según lo permita o exija la ley.
- Entiendo que este consentimiento es para las evaluaciones que ofrece el CSP para la detección de cáncer, los servicios de diagnóstico y tratamiento relacionados y la administración de casos, según sea necesario y según lo dispuesto en el Programa de Servicios contra el Cáncer.
- Entiendo que puedo elegir en cualquier momento no recibir los servicios que se me prestan.
- Entiendo que alguien se comunicará conmigo si se determina que el resultado de la prueba de detección es anormal (mi prueba de detección muestra que puedo tener cáncer). Se prestan servicios de administración de casos para ayudarme a obtener los exámenes de diagnóstico de seguimiento y el tratamiento recomendados, si es necesario. Entiendo que los servicios de administración de casos se prestan sin costo para mí y que puedo elegir en cualquier momento no recibir el servicio.
- Entiendo que mi proveedor de atención médica puede recomendar pruebas o procedimientos que tal vez este programa no pague.

Certificación de elegibilidad

Un miembro del personal o un proveedor del CSP me informó sobre los servicios del programa y los requisitos de elegibilidad, y me respondió todas las preguntas que tenía. Firmando este consentimiento, doy fe de que, a mi leal saber y entender, entiendo esta información y, marcando las casillas de abajo, indico que lo siguiente es cierto. Entiendo que el CSP y el Departamento de Salud del Estado de Nueva York pueden verificar (comprobar) la información que di en este documento.

Cumplo los siguientes requisitos de elegibilidad de ingresos (elija uno):

- Los ingresos de mi grupo familiar son iguales o inferiores al 250 % de la Directrices Federales de Pobreza (Federal Poverty Guideline, FPG).
- Los ingresos de mi grupo familiar están por encima del 250 % de las FPG, pero no puedo pagar las evaluaciones de detección de cáncer.

Cumplo los siguientes requisitos de elegibilidad de seguro (elija uno):

- No tengo seguro médico de ningún tipo (esto incluye Medicare, Medicaid, Family Health Plus u otro seguro público o privado).
- El deducible de mi seguro médico, el pago inicial mensual o el copago son demasiado altos y no me permiten obtener servicios de evaluación para detectar cáncer o mi seguro médico no cubre la evaluación para la detección ni para el diagnóstico del cáncer.

Autorizo que se deje información sobre mis servicios en mi contestador automático.

Información del cliente y firma

Nombre del cliente (en letra de molde): _____ Fecha de nacimiento _____
 Firma del cliente _____ Fecha _____
 Testigo del contratista (firma) _____ Fecha _____