



Nombre del cliente o número  
de identificación del CSP: \_\_\_\_\_

Número de fax: \_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN EL PROGRAMA DE SERVICIOS ONCOLÓGICOS

### Información sobre el Programa de Servicios Oncológicos (Cancer Services Program, CSP)

El CSP es un programa del Departamento de Salud del Estado de Nueva York (New York State Department of Health, NYSDOH). El CSP trabaja con médicos, personal de enfermería y otros proveedores de atención médica para ofrecer pruebas de detección gratuitas de cáncer de mama, cáncer de cuello uterino y cáncer colorrectal (también llamado cáncer de colon). Las pruebas de detección pueden ayudar a detectar estos cánceres en una fase temprana, cuando pueden ser más fáciles de tratar. En algunos casos, las pruebas de detección pueden detectar el cáncer antes de que aparezca. El personal del CSP trabajará con usted, los proveedores de atención médica y el NYSDOH para prestar los servicios que se describen en este consentimiento.

### El CSP ofrece los siguientes exámenes de detección:

- Mamografías para detectar el cáncer de mama
- Pruebas de Papanicolaou y pruebas del virus del papiloma humano de alto riesgo para detectar el cáncer de cuello uterino
- Pruebas de heces de uso doméstico (prueba inmunoquímica fecal [Fecal Immunochemical Test, FIT] o prueba de sangre oculta en heces [Fecal Occult Blood Test, FOBT]) para detectar el cáncer colorrectal
- Colonoscopia de detección para las personas que tienen más probabilidades de padecer cáncer colorrectal

### El CSP ofrece servicios de seguimiento a las personas que presentan resultados anormales en las pruebas de detección.

#### Un resultado anormal en una prueba significa que alguien podría tener cáncer.

- Pruebas de diagnóstico: pruebas que comprueban si hay cáncer o no.
- Gestión de caso: ayuda para concertar citas, encontrar transporte, encontrar servicio de cuidado de niños y otras ayudas para facilitar la realización de pruebas de diagnóstico.
- Ayuda para encontrar tratamiento si se detecta cáncer.
- Ayuda para entrar en el Programa de Tratamiento del Cáncer de Medicaid (Medicaid Cancer Treatment Program) si cumple los requisitos del programa. Este programa ofrece Medicaid completo a las personas con cáncer de mama, de cuello uterino, colorrectal o de próstata.

### Elegibilidad en función de ingresos y seguro

El CSP ofrece servicios de detección y seguimiento del cáncer gratuitos a las personas que no tienen seguro médico. Si tiene seguro médico, pero el costo de las pruebas de detección del cáncer le resulta demasiado elevado, es posible que pueda recibir los servicios del CSP. También debe cumplir determinados requisitos de ingresos para poder recibir los servicios del CSP. El personal del CSP o un proveedor de atención médica le informará sobre estos requisitos y sobre si usted es o no elegible para recibir los servicios del CSP.

### Firmar este consentimiento significa lo siguiente:

- He leído la información sobre el programa en la página 1. He hablado con el personal de un contratista o proveedor del CSP y comprendo los servicios que me ofrece el CSP.
- Acepto participar en este programa. Entiendo que al aceptar participar en este programa, autorizo al NYSDOH, al CSP y a los proveedores de atención médica (incluidos médicos, clínicas y hospitales) a compartir información sobre mí. Esto incluye mi información de seguro de salud, financiera y médica relacionada con mis pruebas de detección del cáncer y cualquier atención de seguimiento y tratamiento que reciba. Entiendo que esta información se compartirá con otros proveedores de atención médica, el personal del CSP, las agencias que trabajan con el CSP y el NYSDOH. Esta información se compartirá con fines de pago y seguimiento de la atención médica y la gestión de casos.
- Entiendo que la información sobre mí y mi información médica solo se divulgará cuando yo lo permita o lo exija la ley.
- Entiendo que este consentimiento es para la detección del cáncer en el marco del CSP, los servicios de seguimiento y tratamiento relacionados, y la gestión de casos según sea necesario y conforme a lo dispuesto en el CSP.
- Entiendo que puedo optar por no recibir los servicios que se me ofrecen en cualquier momento.
- Entiendo que alguien se pondrá en contacto conmigo si el resultado de mi prueba de detección es anormal (mi prueba de detección muestra que puedo tener cáncer). Se ofrecen servicios de gestión de casos para ayudarme a obtener las pruebas de seguimiento y el tratamiento recomendados, si es necesario. Entiendo que los servicios de gestión de casos son gratuitos y que puedo optar por no recibirlos en cualquier momento.
- Entiendo que mi proveedor de atención médica puede recomendar pruebas o procedimientos que pueden no estar cubiertos por este programa.



Nombre del cliente o número de identificación del CSP:	_____
Número de fax:	_____

**Certificación de elegibilidad**

Un miembro del personal o un proveedor del CSP me ha informado sobre los servicios del CSP y los requisitos de elegibilidad. Esta persona respondió todas mis preguntas. Al firmar este consentimiento, confirmo que, a mi leal saber y entender, comprendo esta información. Al marcar las siguientes casillas, confirmo que, a mi leal saber y entender, la información es veraz. Entiendo que el CSP y el NYSDOH pueden verificar la información que he proporcionado.

**Cumpla con los siguientes requisitos de elegibilidad respecto al ingreso (seleccione una):**

- Mis ingresos familiares son iguales o inferiores al 250 % de las Pautas Federales de Pobreza (Federal Poverty Guideline, FPG).
- Mis ingresos familiares son superiores al 250 % de las FPG, pero no puedo pagar las pruebas de detección de cáncer.

**Cumpla con los siguientes requisitos de elegibilidad respecto al seguro (seleccione una):**

- No tengo ningún tipo de seguro de salud (esto incluye Medicare, Medicaid, Family Health Plus o cualquier otro seguro público o privado).
- El deducible, el desembolso mensual o el copago de mi seguro de salud son demasiado elevados y me impiden recibir servicios de detección del cáncer, o mi seguro de salud no ofrece cobertura para la detección o el diagnóstico del cáncer.

- Doy permiso para que me dejen mensajes en el buzón de voz sobre mis servicios.
- NO doy permiso para que me dejen mensajes en el buzón de voz sobre mis servicios.
- Doy permiso para que me dejen mensajes de TEXTO en el buzón de voz sobre mis servicios.
- NO doy permiso para que me dejen mensajes de TEXTO en el buzón de voz sobre mis servicios.

**INFORMACIÓN Y FIRMA DEL CLIENTE**

Nombre del cliente (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Firma del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

USO EXCLUSIVO DEL CONTRATISTA — Formularios recibidos:			
<input type="checkbox"/> en persona	<input type="checkbox"/> por correo postal	<input type="checkbox"/> por correo electrónico	<input type="checkbox"/> por fax
Firma del contratista	_____	Fecha de recepción	_____