



Número de ID del paciente: _____

Nombre de Partnership: _____

Número de fax: _____

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN EL CANCER SERVICES PROGRAM

Acerca de Cancer Services Program (CSP) Partnership

CSP Partnership es un programa del Departamento de Salud del estado de Nueva York (NYSDOH, por sus siglas en inglés) que trabaja con administradores contratados, y con médicos, enfermeras y otros proveedores de servicios de salud, para ofrecer pruebas diagnósticas gratuitas, adecuadas según la edad y los riesgos, del cáncer de seno, el cáncer de cuello uterino (abertura de la matriz) y el cáncer colorrectal (colon y recto). Las pruebas diagnósticas pueden ayudar a detectar estos cánceres en etapas tempranas, cuando podrían ser más fáciles de tratar. En ocasiones, cuando se encuentran estos cánceres y se los trata precozmente, pueden curarse. Los administradores contratados trabajan con usted, con proveedores de servicios de salud y con el NYSDOH para brindarle los servicios que se describen en este consentimiento.

Las pruebas diagnósticas apropiadas por edad y riesgos que ofrece el CSP son:

- Mamografías y examen clínico de los senos para el cáncer de senos
- Pruebas de Pap y examen pélvico para el cáncer de cuello uterino
- Pruebas de materia fecal para hacer en el hogar (FIT o FOBT, por sus siglas en inglés), para el cáncer colorrectal
- Colonoscopia diagnóstica para hombres y mujeres en mayor riesgo para el cáncer colorrectal (esto significa que tienen una mayor probabilidad de contraer cáncer colorrectal)

Las personas cuyos resultados en las pruebas son anormales (cuyas pruebas diagnósticas muestran que podrían tener uno de estos cánceres) también pueden obtener los siguientes servicios de CSP Partnership:

- Pruebas diagnósticas: Pruebas y exámenes que confirman si hay cáncer.
- Administración de casos: Hay personas que lo ayudan a obtener las pruebas diagnósticas, asistiéndole a hacer las citas, encontrar cómo ir a las citas, obtener cuidado para los niños y muchos otros medios para facilitar que asista a las citas para las importantes pruebas diagnósticas.
- Ayuda para encontrar tratamiento si se encuentra cáncer.
- Ayuda para obtener cobertura en el Programa de tratamiento del cáncer de Medicaid, si usted cumple los criterios de elegibilidad del programa (reglas). El Programa de tratamiento del cáncer de Medicaid ofrece cobertura total de Medicaid para personas con cáncer de seno, de cuello uterino, colorrectal o de próstata que cumplen los criterios de elegibilidad del programa (reglas).

Elegibilidad por ingresos y seguro

Las pruebas diagnósticas gratuitas se ofrecen a través del CSP únicamente para hombres y mujeres que cumplen los criterios de elegibilidad (reglas) de ingresos y seguro de salud. La elegibilidad de ingresos significa que la cantidad total de dinero que ganan las personas que viven en su hogar debe encontrarse por debajo de cierto monto para que usted pueda obtener los servicios gratuitos del CSP. También se ofrecen los servicios del CSP a hombres y mujeres que no tienen seguro de salud (incluido Medicaid u otros seguros públicos), o cuyo seguro de salud no paga las pruebas diagnósticas del cáncer. Los servicios del CSP también pueden ofrecerse a hombres y mujeres que tienen seguro de salud pero no pueden pagar el copago, el deducible o la responsabilidad económica del paciente establecidos por el seguro. El personal de CSP Partnership o el proveedor de servicios de salud le informarán sobre los ingresos o el seguro de salud, y le dirán si usted cumple o no estas reglas del programa.



Número de ID del paciente: _____

Nombre de Partnership: _____

Número de fax: _____

Firmar este consentimiento significa que:

- He leído la información del programa en la página 1, he hablado con un miembro del personal de CSP Partnership y comprendo los servicios que CSP me ofrece.
- Estoy de acuerdo en ser parte del programa y comprendo que, al acordar ser parte del programa, autorizo al Departamento de Salud del estado de Nueva York, a los administradores contratados y a los proveedores de servicios de salud, incluidos médicos, clínicas y/u hospitales, a divulgar (compartir) información sobre mí. Comprendo que esta información incluye datos financieros y del seguro, e información médica sobre mí y relacionada con mi prueba diagnóstica del cáncer de seno, de cuello uterino y/o colorrectal, y del diagnóstico y el tratamiento que reciba en relación con ellos. Entiendo que esta información será divulgada (compartida) con otros proveedores de servicios de salud, administradores contratados, otro personal, proveedores de servicios de salud o agencias que participen en CSP Partnership y el Departamento de Salud del estado de Nueva York, para la atención de mi salud, el tratamiento y el seguimiento, y a los fines de la administración del caso, el control y el pago.
- Entiendo que mi información personal y mi información médica serán divulgadas únicamente según se autoriza en este consentimiento, o según lo permiten o exigen las leyes.
- Comprendo que este consentimiento se relaciona con las pruebas diagnósticas del cáncer, con los servicios diagnósticos, de tratamiento y de administración de casos relacionados como parte del CSP, según sean necesarios y provistos por CSP Partnership.
- Comprendo que puedo elegir no utilizar los servicios que se me ofrecen en cualquier momento.
- Entiendo que alguien se comunicará conmigo si se determina que los resultados de mi prueba diagnóstica son anormales (si mi prueba diagnóstica muestra que podría tener cáncer). Los servicios de administración de casos se prestan para ayudarme a obtener diagnóstico, seguimiento, pruebas y tratamiento que sean necesarios. Comprendo que los servicios de administración de casos se me prestan sin cargo y que puedo elegir no recibir el servicio en cualquier momento.
- Comprendo que mi proveedor de servicios de salud podría recomendar pruebas o procedimientos que el programa podría no pagar.

Certificación de la elegibilidad

Un miembro del personal o proveedor de CSP Partnership me informó sobre los servicios del programa y los requisitos de elegibilidad, y contestó mis preguntas. Mediante mi firma en este consentimiento, certifico que, a mi leal saber y entender, comprendo esta información. Los tildes en las casillas que siguen, indican que lo que ellas dicen es cierto: Comprendo que CSP Partnership y el Departamento de Salud del estado de Nueva York pueden verificar (controlar) la información que he provisto en este formulario.

Reúno el siguiente requisito de elegibilidad (elegir uno):

- El ingreso de mi hogar es igual o inferior al 250% de la Línea federal de pobreza (FPG, por sus siglas en inglés).
- El ingreso de mi hogar es superior al 250% del FPG, pero no puedo pagar la/s prueba/s diagnóstica/s del cáncer.

Reúno el siguiente requisito de seguro (elegir uno):

- No tengo seguro de salud de ningún tipo (incluidos Medicare, Medicaid, Family Health Plus o demás seguros públicos o privados).
- El deducible, la responsabilidad financiera mensual del paciente, o el copago de mi seguro es demasiado elevado y me impide obtener servicios de pruebas diagnósticas del cáncer; o mi seguro de salud no cubre las pruebas y/o los servicios diagnósticos del cáncer.

Autorizo a que se dejen mensajes con información sobre mis servicios en mi contestadora.

Información y firma del cliente

Nombre del cliente (letra de imprenta) _____ Fecha de nac. _____

Firma del cliente _____ Fecha _____

Testigo de Partnership (firma) _____ Fecha _____