

**HOJAS DE INSCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE ILLINOIS PARA DETECTAR
EL CÁNCER CERVICAL Y DE SENOS**

LISTA DE VERIFICACIÓN

Por favor complete las hojas adjuntas de inscripción según su mejor conocimiento. Será necesario que usted *firmé y escriba la fecha* en las hojas requeridas para que podamos empezar a programar sus citas. Simplemente márquelos a medida que los complete.

☐ **Hoja para Determinación de Elegibilidad**

Complete, firme y escriba la fecha

☐ **Evaluación de Salud** (Preguntas sobre Exámenes Exploratorios Cervicales y de los Senos)

Complete lo mejor que usted pueda, según su mejor conocimiento

☐ **Hoja de Consentimiento para Cornerstone**

Favor de leer el formulario entero, y luego complete, firme y escriba la fecha. Esta hoja le da permiso al personal de IBCCP a introducir a nuestro sistema de computación, la información que usted nos brindó. Sólo el personal de IBCCP tiene acceso a esta información. Esto le permite al personal de IBCCP a actualizar anualmente el estado de sus exámenes cervicales y de senos.

☐ **Acuerdo de la Cliente en Cuanto a Participación y a Divulgación de Información**

Por favor, lea, firme y escriba la fecha

☐ **Autorización para Obtener Información**

Por favor, lea, firme y escriba la fecha

☐ **Aviso de Prácticas de Privacidad y Consentimiento Conjuntos**

Por favor, lea, firme y escriba la fecha

Favor de incluir la siguiente verificación con sus hojas de inscripción/reinscripción.

- ☒ **Verificación de Ingreso** (2 talones de cheques de sueldo más recientes o formulario de impuestos 1040 reciente)
- ☒ **Verificación de Edad** (copia de su licencia de conducir, tarjeta de identificación o certificado de nacimiento)
- ☒ **Verificación de Medicaid** (copia de su tarjeta)
- ☒ **Verificación de Seguro** (copia del frente y de atrás de su tarjeta)

**Programa de Illinois para Detectar el Cáncer Cervical y de Senos
Formulario para la Determinación de Elegibilidad**

Area Sombreada es Sólo para el uso de la Oficina de IBCCP (Shaded area is for IBCCP office use only)			
<input type="checkbox"/> New Client Registration Date: _____	<input type="checkbox"/> Established Client Annual Date: _____	<input type="checkbox"/> Navigation Only Date: _____	Cornerstone # _____
Nombre: _____ Apellido Anterior: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Condado: _____ Teléfono del hogar: _____ Teléfono del celular: _____ Teléfono de día: _____		Cobertura Médica/de Seguro: Marque todos los que tenga. <input type="checkbox"/> Medicare Parte B – No soy elegible para el IBCCP <input type="checkbox"/> Medicaid Número de Recipiente (RIN): _____ <input type="checkbox"/> YO NO tengo seguro médico <input type="checkbox"/> Si tengo seguro médico Nombre de la Compañía: _____ <input type="checkbox"/> ¿Está cubierta bajo un seguro médico de su madre/padre o esposo(a)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si contestó sí, Nombre de la Compañía: _____ ¿Su seguro paga por: Prueba de Papanicolaou? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Mamogramas? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Tiene usted un deducible que debe cumplirse antes de que los procedimientos de diagnóstico sean cubiertos? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Por favor provea una copia del frente y de la parte de atrás de su tarjeta del seguro.	
Estado Laboral: <input type="checkbox"/> Empleada a tiempo completo (35+ horas semanales) (EFT) <input type="checkbox"/> Empleada a medio parcial (EPT) <input type="checkbox"/> No está trabajando (NLF) <input type="checkbox"/> Empleada por temporadas/trabajo migratorio agrícola (SMF) <input type="checkbox"/> Trabajadora por cuenta propia (SE) <input type="checkbox"/> Trabajadora Temporal (TW) <input type="checkbox"/> Desempleada (UNE)		Estado Civil: <input type="checkbox"/> Nunca ha Estado Casada (01) <input type="checkbox"/> Casada (02) <input type="checkbox"/> Otro : _____	Años de Educación Completados: <input type="checkbox"/> _____ (EO # de años) <input type="checkbox"/> Desconocido (E099)
Elegibilidad según ingreso: Ingreso total antes de los impuestos (si está casada - escriba el ingreso total combinado antes de los impuestos): \$ _____ mensual/anual (circule uno) Número de personas menores de 18 años, su esposo(a) (si aplica), y usted misma, quienes dependen de este ingreso: _____			
Sólo Para Uso de la Oficina - Office Use Only: Income status for number in household: At or below 250% of federal poverty level: <input type="checkbox"/> Above 250% of federal poverty level: <input type="checkbox"/>			
¿Es usted de origen hispano o latino? <input type="checkbox"/> Sí (01) <input type="checkbox"/> No (00) Idioma preferido para la prestación de servicios: <input type="checkbox"/> Inglés (E) <input type="checkbox"/> Español (S) <input type="checkbox"/> Otro (O): _____ ¿De qué herencia étnica o racial se considera usted? Marque TODAS las que apliquen. <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra o Afroamericana <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> China <input type="checkbox"/> India <input type="checkbox"/> Japonesa <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Coreana <input type="checkbox"/> Filipina <input type="checkbox"/> Otra _____ <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái o de Otras Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> India Americana o Nativa de Alaska		¿Cómo se enteró de este programa? <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> Anuncio en cartel (PO) <input type="checkbox"/> Hoja volante (FL) <input type="checkbox"/> Folleto (BR) <input type="checkbox"/> Manejador de Casos Comunitario (C) <input type="checkbox"/> Evento Comunitario (CE) <input type="checkbox"/> Médico o Proveedor de Servicios de Salud (P) Quién: _____ # de Teléfono: _____ <input type="checkbox"/> Otro (OTH), Especifique : _____ </div> <div> <input type="checkbox"/> Periódico (ME) <input type="checkbox"/> Radio (ME) <input type="checkbox"/> Televisión (ME) <input type="checkbox"/> Sitio Web Agencia/Estado (WB) </div> </div> Barreras: <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Transportación <input type="checkbox"/> Cuidado de Niños/Familia <input type="checkbox"/> Horario de trabajo <input type="checkbox"/> Entendiendo las necesidades médicas <input type="checkbox"/> Necesidades especiales <input type="checkbox"/> Financieras <input type="checkbox"/> Necesita Intérprete <input type="checkbox"/> Distancia de viaje <input type="checkbox"/> Programando citas <input type="checkbox"/> Otra: _____ Comentarios: _____ _____	
¿Cuál es la mejor hora para programar su cita? (Favor de marcar todos los que apliquen.) Proveedor de Servicios Médicos Preferido: _____ Día de la semana: <input type="checkbox"/> Lunes <input type="checkbox"/> Martes <input type="checkbox"/> Miércoles <input type="checkbox"/> Jueves <input type="checkbox"/> Viernes Tiempo / hora en el día: <input type="checkbox"/> Temprano en la mañana <input type="checkbox"/> A media mañana <input type="checkbox"/> Temprano en la tarde <input type="checkbox"/> Tarde en la tarde			
Yo certifico que la información que he ofrecido en esta solicitud es verídica hasta donde tengo conocimiento. Firma de la Solicitante _____ Fecha _____			

EVALUACIÓN DE SALUD DEL PROGRAMA IBCCP

Nombre:			Fecha:		
Sí	No	PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DEL SENO	Sí	No	PREGUNTAS SOBRE LA SALUD CERVICAL
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. ¿Revisa rutinariamente sus senos para ver si hay cambios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27. ¿Alguna vez le han hecho una prueba del Papanicolaou?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. ¿Ha notado usted una bolita o bulto en sus senos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. Si la respuesta es sí, indique el proveedor donde le hicieron la prueba del Papanicolaou:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Si la respuesta es sí, ¿en cuál seno? Derecho____ Izquierdo____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29. Si la respuesta es sí, indique la fecha de la última prueba del Papanicolaou (antes de esta visita): ____/____/____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. ¿Ha notado usted alguna sensibilidad al tacto o dolor en el seno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30. Si no sabe la fecha, ¿fue hace más de 10 años? Por favor, calcule o estime la fecha arriba.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Si la respuesta es sí, ¿aumentó la sensibilidad al tacto o el dolor en el seno durante su menstruación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31. ¿Fueron normales los resultados de su última prueba del Papanicolaou?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Si la respuesta a la pregunta #4 es sí, ¿en cuál seno? Derecho____ Izquierdo____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32. ¿En qué fecha tuvo su último período menstrual? ____/____/____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. ¿Ha notado usted alguna descarga espontánea (no por estimulación o por apretarlos) de sus pezones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33. ¿Está usted embarazada?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Si la respuesta es sí, ¿cuál seno? Derecho____ Izquierdo____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34. ¿Le han hecho una histerectomía?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. ¿Ha notado algún otro síntoma relacionado con sus senos? Si la respuesta es sí, explique:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35. Si la respuesta es sí, ¿le extirparon el cuello uterino?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. ¿Alguna vez le ha hecho un doctor o una enfermera un examen clínico de los senos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si no sabe marque una "X". ____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Si la respuesta es sí, indique el proveedor/clínica donde le hicieron el examen de los senos:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36. ¿Si tuvo una histerectomía, fue debido a un historial de enfermedad cervical, o cáncer cervical?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Si la respuesta es sí, indique la fecha del último examen (antes de esta visita): ____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37. ¿Estuvo expuesta al Diethylstilbestrol (DES)?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. ¿Se ha hecho alguna vez una mamografía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38. ¿Se ha debilitado su sistema inmunológico de alguna manera? (debido a medicamento, VIH, trasplante de órgano, u otra condición de salud)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Si la respuesta es sí, indique el proveedor/clínica donde le hicieron la mamografía:			PREGUNTAS SOBRE EL TABACO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. Si es sí, indique las fechas de las últimas mamografías (antes de esta visita): ____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39. ¿Fuma usted cigarrillos?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. Si desconoce la fecha de su última mamografía, ¿calcula usted que fue hace más de 5 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40. Si la respuesta es sí, ¿está usted dispuesta a dejar de fumar?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. ¿Ha tenido usted alguna vez cáncer del seno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41. Si la respuesta es sí, ¿está interesada en ser referida a la Línea de Asistencia de Illinois Tobacco Quitline (Dejar de Fumar)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. ¿Han tenido cáncer del seno su madre, padre, su hermana/hermano, su hija o hijo? Si es no, salte a la pregunta 22.			(Shaded area for IBCCP office use)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. Si la respuesta es sí, ¿quién?			42. What date was the referral sent to the Tobacco Quitline? ____/____/____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. ¿Son ellos BRCA positivo? (si no lo sabe, déjelo en blanco)			BARRIER/RISK ASSESSMENT QUESTIONS
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. ¿Si la respuesta al número 18 es sí, a qué edad? ____ años.			Barrier Assessment
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. ¿Tiene usted un implante o implantes en el seno?			43. from Eligibility Determination form
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. ¿Ha tenido usted alguna vez una biopsia del seno, una aspiración de un quiste del pecho o una cirugía en su seno?			Breast Cancer Risk Assessment
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. Si la respuesta es sí, ¿en cuál seno? Derecho____ Izquierdo____			(from Summary Office Visit form)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. Si la respuesta es sí, indique el proveedor que le hizo la intervención			44. Life time risk
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. ¿Alguna vez ha tenido radiación en el área del pecho?			45. High risk for breast cancer
					<input type="checkbox"/> yes, client is high risk
					<input type="checkbox"/> no, client is not high risk
					<input type="checkbox"/> not assessed/unknown
					Cervical Cancer Risk Assessment
					46. High risk for cervical cancer
					<input type="checkbox"/> yes, client is high risk
					<input type="checkbox"/> no, client is not high risk
					<input type="checkbox"/> not assessed/unknown

NIH-Instituto Nacional del Cáncer-Herramienta de evaluación del riesgo de cáncer de mama

Las herramientas de evaluación de riesgos pueden ayudar a los profesionales de la salud a estimar el riesgo de cáncer de mama de una mujer. Estas herramientas proporcionan estimaciones aproximadas del riesgo de cáncer de mama, basadas en diferentes combinaciones de factores de riesgo y diferentes conjuntos de datos. Las estimaciones de riesgo de una mujer también pueden cambiar con el tiempo. El uso de cualquiera de las herramientas de evaluación de riesgos y sus resultados debe ser discutido por una mujer con su proveedor de atención médica.

Las súplicas completan este cuestionario y lo envían con su documentación del IBCCP.

1. ¿Tiene antecedentes médicos de cualquier cáncer de mama o carcinoma ductal in situ (CDIS) o carcinoma lobulillar in situ (LCIS) o ha recibido radioterapia previa en el tórax para el tratamiento del linfoma de Hodgkin?

___ SÍ

___ NO

2. ¿Tiene una mutación en el gen BRCA1 (breast Cancer Gene) y BRCA2?

___ Yes

___ No

___ Unknown

3. ¿Cuál es tu edad?

_____ Años

4. ¿Cuál es su raza/etnia?

___ Blanco

___ Negro

___ Hispano/Latina

___ Asiático Americano

___ Indio Americano

¿Lugar de nacimiento?

____ Nacidos en Estados Unidos

____ Nacido fuera de los Estados Unidos

Subtipo asiático:

____ Chino

____ Filipino

____ Hawaiano

____ Isleño del Pacífico

____ Japonés

____ Otros asiáticos

5. ¿Alguna vez ha tenido una biopsia de mama con un diagnóstico benigno (no de cáncer)?

____ Sí

____ No

____ Desconocido

6. ¿Cuántas biopsias de mama con un diagnóstico benigno ha tenido?

____ Ninguno

____ Uno

____ Dos o más

7. ¿Alguna vez te han hecho una biopsia de mama con hiperplasia atípica?

____ Sí

____ No

____ Desconocido

8. ¿Cuál era la edad en el momento de su primer período menstrual?

___ 7 a 11

___ 12 a 13

___ 14 años o más

9. ¿Qué edad tenías cuando diste a luz a tu primer hijo?

___ Sin nacimientos

___ Menores de 20 años

___ 20-24

___ 25-29

___ 30 años o más

___ Desconocido

10. ¿Cuántos familiares de primer grado (madre, hermanas, hijas) han tenido cáncer de mama?

___ Ninguno

___ Uno

___ Más de uno

___ Desconocido

PROGRAMA DE CÁNCER DEL SENO Y CERVICAL DE ILLINOIS

CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN DEL CLIENTE Y DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

I. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA:

El Programa de Cáncer del Seno y Cervical de Illinois (IBCCP) es un esfuerzo cooperativo entre el Departamento de Salud Pública de Illinois, la Oficina de la Salud de la Mujer y Servicios para la Familia, y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC por sus siglas en inglés). El programa alienta a las mujeres a hacerse exámenes de rutina de cáncer del seno y cervical y provee pruebas de detección gratis y algunos exámenes de diagnóstico para las mujeres de Illinois que sean elegibles. El propósito del examen de rutina del seno y cervical es para detectar el cáncer a tiempo, si este existe, en una etapa temprana para que pueda ser tratado o curado. La prueba de detección para el cáncer del seno consiste en un examen clínico del pecho y un mamograma (unos rayos X del pecho). La prueba de detección para el cáncer cervical consiste en un examen pélvico y una prueba Pap (el raspado cervical).

II. CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:

Yo entiendo y estoy de acuerdo con lo siguiente:

- Yo proveeré prueba de edad y de ingreso para determinar mi elegibilidad para el programa. Si tengo seguro de salud, entonces proveeré una copia de mi tarjeta del seguro y una verificación por escrito de los servicios cubiertos. Si mientras esté inscrita en el Programa de Cáncer del Seno y Cervical de Illinois (IBCCP) yo obtengo seguro médico, le informaré al personal de la Agencia Principal.
- Yo le doy permiso a mis proveedores del cuidado de la salud, a la compañía de seguro, al hospital, la clínica, el laboratorio y/o al departamento de mamografía para proveer información al personal del programa sobre mis pruebas de detección de cáncer del seno y cervical, exámenes de diagnósticos y/o estado de mi tratamiento.
- Yo entiendo que el programa debe obtener cierta información de estadísticas para los informes, incluyendo pero no limitado a la edad, ingreso, seguro y cualquier otro servicio que me sea provisto a través de este programa. Esta información puede ser usada por el programa y el CDC para aprender más sobre el cáncer del seno y cervical y para asegurar la calidad de los servicios provistos a través del programa. **Mi nombre no será usado en estos informes, excepto si la ley lo requiere.**

PROGRAMA DE CÁNCER DEL SENO Y CERVICAL DE ILLINOIS
CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN DEL CLIENTE Y DE DIVULGACIÓN DE
INFORMACIÓN
Página 2 de 3

- Mi proveedor del cuidado de la salud y/o el personal del programa tratarán de comunicarse conmigo en lo referente a mis resultados. Yo entiendo que a pesar de los esfuerzos para encontrarme, mi salud es mi propia responsabilidad y puede que necesite comunicarme con mi proveedor para obtener los resultados de mis exámenes.
- Yo entiendo que si el proveedor ordena exámenes que no son cubiertos por el programa o por mi seguro, que yo puedo ser responsable por el pago de esos servicios del IBCCP ya que el programa no puede pagar algunos exámenes de diagnóstico. Hay disponible una lista de los servicios aprobados, que yo puedo solicitar.
- Si soy diagnosticada con una condición pre-cancerosa o cancerosa de mis senos o cervical, entonces la información de mi archivo del IBCCP se divulgará al Departamento de Cuidado de la Salud y Servicios para la Familia. Esta información se usará para determinar si yo soy elegible para recibir beneficios de salud pagados por el Estado a través de Medicaid.
- Si no soy elegible para la cobertura de Medicaid, entonces el personal del programa me ayudará con un referido para los servicios de tratamiento a través de fuentes privadas, recursos de la comunidad, otras ayudas del gobierno o servicios médicos gratuitos.
- Si soy elegible para recibir beneficios de salud pagados por el Estado a través de Medicaid, entonces doy mi permiso para que el personal del programa obtenga información sobre mi tratamiento para el cáncer del seno o cervical. Esta información se usará para determinar el estado de mi tratamiento y mi inscripción extendida en Medicaid.
- Recibiré notificación del personal del programa para recordarme cuando necesite regresar a mi proveedor médico para mi examen anual, y si es necesario, para un examen de seguimiento. (Esto no aplicará a clientes con seguro).
- Le notificaré al programa de cualquier cambio de mi dirección y/o número de teléfono.
- Le escribiré o llamaré al personal del programa local para informarles si ya no deseo participar en el programa. Esta notificación será anotada en mi registro del programa.

PROGRAMA DE CÁNCER DEL SENO Y CERVICAL DE ILLINOIS
CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN DEL CLIENTE Y DE DIVULGACIÓN DE
INFORMACIÓN
Página 3 de 3

- Entiendo la importancia de acudir a todas mis citas para que mi cuidado sea provisto de manera oportuna. Cuando sea necesario cancelar o cambiar una cita, le notificaré a la agencia de este cambio.
- Las citas perdidas o ausencias a citas sin excusas no son aceptables, y si esto sucede, potencialmente harían que yo pierda mi habilidad para recibir servicios del IBCCP.

III. RECONOCIMIENTOS:

- He recibido literatura y/o educación sobre todo lo siguiente: salud del seno, mamografías y pruebas de Papanicolaou. _____
(iniciales aquí)
- La Universidad de Illinois en Chicago (UIC), un socio del IBCCP, conduce una encuesta anual con el propósito de ayudar al Departamento a mejorar la calidad del programa para que el Departamento pueda proveerles mejores servicios a los participantes del programa. En una fecha futura la UIC se pondrá en contacto con usted acerca de esta encuesta. Esperamos que usted participe, pero su participación es completamente voluntaria y la elegibilidad para su programa no se verá afectada si decide no participar. Sus iniciales aquí reconocen que usted ha recibido la notificación de esta encuesta voluntaria. _____
(iniciales aquí)

Firma del Cliente _____ **Fecha** _____

**DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA DE ILLINOIS
OFICINA DE SALUD DE LA MUJER
PROGRAMA DE CÁNCER DEL SENO Y CERVICAL DE ILLINOIS**

AUTORIZACIÓN PARA OBTENER INFORMACIÓN

Por medio de la presente, yo doy permiso para divulgar la información descrita a continuación:

- ☒ Reportes clínicos
- ☒ Reportes médicos
- ☒ Reportes de laboratorio
- ☒ Otros

Con respecto a:

Nombre de la cliente: _____

Dirección de la cliente: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Para: Nombre de la agencia y dirección,

Atención: Programa de Cáncer del Seno y Cervical de Illinois



LaSalle County Health Department

717 E. Etna Road

Ottawa, IL 61350 - 1097

815 433 3366

Yo acuerdo liberar de todo compromiso al proveedor arriba mencionado, a sus empleados, agentes y representantes en lo que se refiere a responsabilidad legal, pérdidas, daño, costos, reclamos y/o causas de acción conectadas con la información divulgada, en lo relativo a esta autorización.

Yo entiendo que tengo el derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento, al pedirlo por escrito. A no ser que lo revoque con anterioridad, este consentimiento terminará un (1) año después de la fecha en que se firma.

Yo entiendo y estoy de acuerdo que una fotocopia o un facsímile de este consentimiento será tan válido como el original, aunque dicha copia no tenga mi firma original.

Firma

Fecha

Testigo

Fecha

CONSENTIMIENTO Y RECONOCIMIENTO
Acuso de Recibo de Notificación de Prácticas de Privacidad

Yo, _____ (escriba nombre de la cliente en letra de molde), por este medio, doy mi consentimiento para permitir a

LCHD (nombre de la agencia) y sus empleados asignados y contratistas para que realicen lo siguiente:

- Exámenes de la pelvis y/o de senos, y
- Exámenes de seguimiento para diagnóstico, que sean necesarios.

Entiendo que la naturaleza y consecuencias de cualquier procedimiento que se me haga me serán explicadas con anterioridad.

Entiendo que el Departamento de Salud está autorizado para usar la información recopilada durante el tratamiento con el fin de pasarme la cuenta a mí, a mi compañía de seguros, o a cualquier otra posible fuente de reembolso, tales como programas gubernamentales en los cuales estoy inscrita o en los que califico para servicios.

También por este medio hago constar que he recibido una copia del “Acuso de Recibo de Notificación de Prácticas de Privacidad” de la agencia fechada el día 21 de agosto de 2013.

Firma

Fecha

PARA USO DEL PERSONAL SOLAMENTE:

Hago constar que traté de obtener un Reconocimiento del Acuso de Recibo de Notificación de Prácticas de Privacidad en nombre de la agencia delegada. La agencia no pudo obtener el reconocimiento porque:

- ☐ La cliente rehusa firmar
- ☐ Otras razones _____ (especifique)

_____ Iniciales del miembro del personal

_____ Fecha

(Para el miembro del Personal: Coloque el Reconocimiento en el archivo médico del paciente).

Programa de Cáncer del Seno y Cervical de Illinois
Declaración de Ingresos

A través de la presente yo, _____, declaro lo siguiente:
Nombre del cliente en letra de molde

Por favor indique todo lo que aplique:

- ☐ Soy mayor de 18 años de edad y actualmente no puedo permanecer en mi residencia. Seré admitida a un hospicio de forma inminente.
- ☐ Antes de mi diagnóstico de cáncer, mis ingresos eran aproximadamente \$ _____ al año.
- ☐ Actualmente no tengo ingresos ni espero tenerlos de ningún empleador durante los siguientes doce meses; tampoco recibo ingresos suplementarios de ninguna fuente pública o privada; y
- ☐ Yo no recibo ningún pago continuo de rentas, derechos, regalos recurrentes, ingreso generado por un pasatiempo, pagos de seguro, beneficios de incapacidad o desempleo, ingreso de jubilación, ingreso de inversiones, etc.

Esta declaración está hecha bajo pena de perjurio. Cualquier Declaración falsa o fraudulenta tendrá como resultado la negación de Beneficios de Salud para Personas con Cáncer del Seno o Cervical y/o posible acción legal en su contra.

Firma _____ Fecha: _____

Firma del Testigo: _____ Fecha: _____

Departamento de Salud del Condado de LaSalle

Aviso de Prácticas de Privacidad

Este Aviso de Prácticas de Privacidad describe cómo su información médica puede ser divulgada; y cómo puede obtener acceso a esta información. Por favor revísalo con cuidado. Si tiene preguntas sobre este Aviso, comuníquese con nuestra oficina.

Quién seguirá este aviso

Este "Aviso de Prácticas de Privacidad" (también conocido como Aviso) describe las prácticas de privacidad del Departamento de Salud del Condado de LaSalle (también conocido como Departamento) y las de

- Cualquier profesional de la salud autorizado para ingresar información en su historial médico
- Todas las divisiones y unidades del Departamento y las operaciones del Departamento, subcontratar a algunos de nuestros socios comerciales, así como a sus socios comerciales.
- Toda nuestra fuerza laboral, empleada o no.

Todas estas entidades, sitios y ubicaciones siguen los términos de este Aviso. Además, estas entidades, sitios y ubicaciones pueden compartir información médica entre sí para fines de tratamiento, pago u operaciones descritos en este Aviso.

Nuestro compromiso con respecto a la información médica

Entendemos que la información médica sobre usted y su salud es personal. Estamos comprometidos a proteger su información médica. Creamos un registro de la atención y los servicios que recibe en nuestras instalaciones. Necesitamos este registro para brindarle atención de calidad y para cumplir con ciertos requisitos legales. Este Aviso se aplica a todos los registros de su atención generados por nosotros. Su hospital u otros médicos pueden tener diferentes políticas o avisos sobre el uso y divulgación de la información médica que crean.

Este Aviso le informará sobre las formas en que podemos usar y divulgar su información médica. También describe sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos con respecto al uso y divulgación de información médica.

Estamos obligados por ley a:

- Asegúrese de que la información médica que lo identifica se mantenga privada;
- Poner a su disposición este Aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su información médica; y
- Siga los términos de la Notificación actualmente vigente. Este aviso puede cambiar, de la manera que se describe a continuación en "Cambios a este aviso".

Las siguientes categorías describen las diferentes maneras en que usamos y divulgamos su información médica (también conocida como Información de salud individualmente identificable (I1111) y/o Información de salud protegida (PHI)). Para cada categoría de uso o divulgación, proporcionamos ejemplos, pero no se enumeran todos los usos o divulgaciones en una categoría. Sin embargo, todas las formas en que se nos permite usar y divulgar información estarán dentro de una de las categorías.

- **Para tratamiento**

Podemos usar su información médica para brindarle tratamiento o servicios médicos. Podemos divulgar información médica sobre usted a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina u otro personal involucrado en su cuidado. Por ejemplo, podemos enviar sus registros a otro especialista para asegurarnos de que reciba la atención adecuada. Además, si fue referido por otro proveedor de atención médica, es probable que le informemos a ese proveedor con información sobre nuestro diagnóstico y plan de tratamiento. Podemos divulgar información médica sobre usted a personas ajenas al Departamento que puedan estar involucradas en su atención médica, como miembros de la familia, amigos, clérigos u otras personas que utilizamos para proporcionar servicios que forman parte de su atención. Por ejemplo, de vez en cuando podemos recibir llamadas de familiares preocupados o amigos para determinar si un paciente ha completado su cita. A menos que nos indique lo contrario, por escrito, le informaremos su estado actual. nuestra oficina. Además, en algún momento, puede ser necesario que nuestro personal se comunique con usted por teléfono con respecto a su cita. A menos que usted nos notifique lo contrario por escrito, nos comunicaremos con usted a través de los números que nos haya proporcionado y es posible que debamos dejar un mensaje de correo de voz para ti. En ciertas circunstancias, los cuidadores de hogares de ancianos, centros de vida asistida, etc. llevarán a un paciente a nuestras instalaciones. A menudo, estos cuidadores están expuestos a la información de salud personal de ese paciente.

- **Para pago**

Podemos usar y divulgar información médica sobre usted para que el tratamiento y servicios que reciba de nosotros puedan ser facturados y cobrados a usted, una compañía de seguros o plan de salud u otro tercero. Por ejemplo, es posible que tengamos que darle a su plan de salud información específica sobre el tratamiento que recibió en nuestra oficina para que su plan de salud nos pague a nosotros o reembolsar para el tratamiento. Además, nosotros, o nuestros representantes, podemos discutir los problemas de pago con miembros de la familia u otras personas involucradas en el proceso de pago del tratamiento médico que ha recibido.

También podemos informar a ciertos plan de salud sobre el tratamiento y los pagos que recibimos por los servicios de terceros que emiten, procesamos y cobramos facturas en nuestro nombre. Cada uno de estos se rige por las mismas leyes de confidencialidad y divulgación de información de atención médica que debemos cumplir.

- **Para operaciones de atención médica**

Podemos usar y divulgar su información médica para las operaciones de nuestro Departamento. Estos usos y divulgaciones son necesarios para *ejecutar* nuestro Departamento y garantizar que todos nuestros pacientes *reciban* atención de calidad. Por ejemplo, podemos *usar* información médica para revisar nuestro tratamiento y servicios, y para evaluar el desempeño de nuestro personal en la atención que le brindamos. También podemos combinar información médica sobre muchos de nuestros pacientes para decidir qué servicios adicionales debemos ofrecer, qué servicios no son necesarios y si ciertos tratamientos nuevos son efectivos. También podemos divulgar información a médicos, enfermeras, tecnólogos, estudiantes de medicina y otros miembros de nuestro personal para fines de revisión y aprendizaje.

- **Alternativas de tratamiento**

Podemos *usar* y divulgar información médica para informarle sobre beneficios o servicios relacionados con la salud que puedan interesarle.

- **Négocios Asociados**

En ocasiones el El departamento puede usar organizaciones externas para proporcionar servicios de negocios. Los Asociados comerciales que estarán expuestos a su información de salud deben cumplir con los mismos requisitos administrativos, físicos y técnicos de seguridad de HIPAA que se aplican al Departamento. Además, si el socio comercial tiene un contrato con un tercero, también debe cumplir con todas las reglas de HIPAA.

- **Según lo exija la ley, divulgaremos su información médica cuando así lo exija la ley federal, estatal o local.**

- **Para evitar una amenaza grave para la salud o la seguridad**

Podemos usar y divulgar su información médica cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad, o la salud y seguridad del público u otra persona. Sin embargo, cualquier divulgación solo se hará a alguien que pueda prevenir la amenaza.

- **Situaciones especiales** También podemos usar y divulgar su información médica en las situaciones descritas en "Situaciones especiales".

- **Otros usos de Información Médica**

Otros *usos* y divulgaciones de información médica no cubiertos por este Aviso, o las leyes que se aplican a nosotros, se realizarán únicamente con su autorización por escrito. Un formulario para dichas autorizaciones, tanto las que usted solicita como las que solicitamos, está disponible en nuestra oficina. Si nos da una autorización, más tarde podrá revocar ese permiso por escrito. Si revoca su permiso, ya no usaremos ni divulgaremos información médica sobre Usted por las razones cubiertas por su autorización por escrito. Sin embargo, en ese *caso*, no podremos recuperar ninguna divulgación que ya *hayamos* hecho con su permiso, y aún tendremos que conservar nuestros registros de la atención que le brindamos.

Situaciones especiales (incluidas pero no limitadas a ...)

Militares y veteranos

Si usted es un miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar su información médica según lo exijan las autoridades del comando militar o, en algunos casos, si es necesario para determinar los beneficios para el Departamento de Asuntos de Veteranos.

Riesgos para la salud pública

Podemos divulgar información médica sobre usted para actividades de salud pública. Estas actividades generalmente incluyen lo

- siguiente: - Para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;
- Para informar nacimientos y defunciones;
- Para reportar abuso infantil o negligencia;
- Para reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos;
- Para notificar a las personas sobre el retiro de productos que puedan estar usando;
- Para notificar a una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad o puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección; y/o
- Para notificar a la autoridad gubernamental apropiada si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Solo haremos esta divulgación cuando sea requerido o autorizado por la ley.

Actividades de supervisión de la salud

Podemos divulgar información médica a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias. Estas actividades son necesarias para que el gobierno supervise el sistema de atención médica, los programas gubernamentales y el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

Informe de Inmunización

El Departamento puede divulgar la prueba de inmunización a una escuela donde la ley requiere que una escuela tenga dicha información. No se requiere una autorización por escrito para esta divulgación, sin embargo, el Departamento obtendrá un acuerdo para esta liberación, que puede ser oral, de un padre tutor o de otra persona que actúe como responsable de la persona misma, si el El individuo es un adulto o menor emancipado.

Uso exterior

Es una violación de la Política del Departamento el uso de la PHI del paciente para mercadotecnia, investigación o para venderla de cualquier manera. Bajo ninguna circunstancia el Departamento participará en estas actividades.

Recaudación de fondos

Es una violación de la Política del Departamento el uso de la PHI del paciente para fines de recaudación de fondos. El Departamento no se comunicará con los pacientes para realizar actividades de recaudación de fondos utilizando la PHI como fuente de identificación.

Juicios y disputas

Si usted está involucrado en una demanda o disputa, podemos divulgar su información médica en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar información médica sobre usted en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal por parte de otra persona involucrada en la disputa, pero solo si se han hecho esfuerzos para informarle sobre la solicitud O para obtener una orden que proteja la información solicitada

Cumplimiento de la ley

Podemos divulgar información médica si así lo solicita un oficial de la ley:

- En respuesta a una orden judicial, una citación, una orden judicial, una citación o un proceso similar;
- Para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida;
- Acerca de la víctima de un delito si, bajo ciertas circunstancias limitadas, no podemos obtener el consentimiento de la persona;
- Sobre una muerte que creemos puede ser el resultado de una conducta criminal;
- Sobre la conducta criminal en nuestra práctica; y
- en circunstancias de emergencia para denunciar un delito; el lugar del crimen o las víctimas; o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el delito.

Médicos Forenses, Examinadores Médicos y Directores de Funerarias

Podemos divulgar información médica a un médico forense o examinador médico. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte.

Fallecidos

La PHI de un difunto está protegida durante 50 años después de la muerte del individuo. Después de ese momento, la información ya no se considera Píldora.

Actividades de Seguridad Nacional, Inteligencia y Servicio Federal de Protección.

Podemos divulgar información médica sobre usted a funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas, y a funcionarios federales autorizados cuando sea necesario para brindar protección al Presidente de los Estados Unidos, otras personas autorizadas o jefes de estado extranjeros. o realizar investigaciones especiales.

Presos

si usted es un recluso de una institución correccional o se encuentra bajo la custodia de un oficial de la ley, podemos divulgar su información médica a la institución correccional o al oficial de la ley cuando sea necesario para que la institución le brinde atención médica; para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros; o para la seguridad y la seguridad de la institución correccional.

Sus derechos con respecto a su información médica

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la información médica que mantenemos sobre usted:

• Derecho a inspeccionar y copiar

Usted tiene el derecho de inspeccionar y solicitar una copia de la información médica que puede usarse para tomar decisiones sobre su atención. Por lo general, esto incluye registros médicos y de facturación, pero no incluye notas de psicoterapia.

Puede solicitar una copia electrónica de su PHI que se mantiene electrónicamente. El Departamento proporcionará una copia electrónica en el formulario solicitado, si es fácilmente producible, o si no, en un formato electrónico legible según lo acordado por usted y el Departamento.

Debe enviar cualquier solicitud para inspeccionar y copiar sus registros médicos a nuestro personal, por escrito. (Un formulario para esa solicitud está disponible en nuestra oficina). Si solicita una copia de su información, es posible que cobremos una tarifa por los costos de copiado, envío por correo u otros suministros asociados con su solicitud.

Podemos negar su solicitud en ciertas circunstancias muy limitadas. Si se le niega el acceso a la información médica, puede solicitar que se revise la denegación. Otro profesional de atención médica elegido por nuestro personal revisará su solicitud y la denegación. La persona que realiza la revisión no será la persona que rechazó su solicitud. Cumpliremos con el resultado de esa revisión.

• Derecho a modificar

Si considera que la información médica que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede solicitar que la corrijamos. Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda durante el tiempo que la información sea mantenida por o para nuestra Departamento. Debe enviar cualquier solicitud de enmienda a nuestro personal, por escrito. (Un formulario para esa solicitud está disponible en nuestra oficina). Su solicitud por escrito debe proporcionar una razón que respalde su solicitud

Podemos negar su solicitud de enmienda si no está por escrito o no incluye una razón para apoyar la petición. Además, podemos rechazar su solicitud si nos pide enmendar información que:

- No fue creado por nosotros, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para hacer la enmienda;

No forma parte de la información médica que conserva nuestro Departamento

- No forma parte de la información que se le permite inspeccionar y copiar; o
 - Es preciso y completo.
- **Derecho a una contabilidad de las divulgaciones**
 Usted tiene el derecho de solicitar un 'informe de divulgaciones'. Esta es una lista de las divulgaciones que hemos hecho de su información médica, con algunas excepciones. Las excepciones se rigen por la ley federal de privacidad de la salud y pueden incluir:
 - Muchas revelaciones de rutina para pagos de tratamiento y operaciones; y
 - Revelaciones a usted

Debe enviar una *solicitud de arty* para un informe de las divulgaciones a nuestra oficina, por escrito. (Un formulario para esa solicitud está disponible en nuestra oficina). Su solicitud por escrito debe indicar un período de tiempo, que no puede ser superior a seis años. El primer informe que solicite dentro de un período de 12 meses será gratuito. Para informes adicionales, podemos cobrarle los costos de proporcionar el informe. Le notificaremos el costo involucrado, y usted puede optar por retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de incurrir en cualquier costo.
 - **Derecho a solicitar restricciones**
 Tiene derecho a solicitar una restricción o limitación sobre la información médica que *utilizamos* o divulgamos sobre usted para su tratamiento; Operaciones de pago o atención médica. También tiene derecho a solicitar un límite en la información médica que divulgamos sobre usted a alguien que esté involucrado en su atención o en el pago de su atención, como un miembro de la familia o un amigo. Por ejemplo, puede solicitar que no usemos o divulguemos información sobre un servicio médico que recibió. Además, tiene derecho a designar a un representante personal que tendrá la capacidad de acceder a su información de salud personal, al igual que usted. También puede pedirnos que seamos selectivos en la forma en que le comunicamos información médica personal. Por ejemplo, puede solicitar que no lo contactemos por teléfono en su oficina o puede designar una dirección de correo que no sea su domicilio. Tales solicitudes deben hacerse por escrito. Un formulario para dichas solicitudes está disponible en nuestra oficina. Tenga en cuenta que no estamos obligados a aceptar sus solicitudes. Sin embargo, si estamos de acuerdo, cumpliremos con su solicitud, a menos que la información sea necesaria para brindarle tratamiento de emergencia.
 Usted tiene el derecho de restringir la divulgación de PHI (para operaciones de pago u operaciones de atención médica) a un plan de salud cuando paga de su bolsillo, en su totalidad, y solicita dicha restricción. El Departamento debe cumplir con dicha solicitud a menos que la ley exija lo contrario. Esta restricción no se aplica a las visitas de seguimiento si no se pagan en su totalidad .
 Debe presentar cualquier solicitud de restricciones a nuestro personal por escrito. (Un formulario para cada solicitud está disponible en nuestra oficina) Su solicitud por escrito debe informarnos:
 - Qué información quieres limitar;
 - Si desea limitar nuestro uso, divulgación o ambos; y
 - A quién desea que se apliquen los límites, por ejemplo, divulgaciones a su cónyuge.
 - **Derecho a una copia en papel de este aviso .** Puede solicitarnos que le entreguemos una copia en papel de este 'Aviso de prácticas de privacidad' en cualquier momento al comunicarse con nuestra oficina.
 - **Derecho a recibir un aviso de incumplimiento**
 En caso de que el Departamento experimente un uso o divulgación inadmisibles de la PHI y que la exposición represente un riesgo significativo de daños financieros, de reputación o de otra índole a una persona, el Departamento proporcionará una notificación individual a todas las personas afectadas por el incumplimiento.
 - **Quejas**
 Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja en nuestra oficina o ante el Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos . Para presentar una queja en nuestra oficina, comuníquese con nuestra oficina. (Una forma para este fin está disponible en nuestra oficina.) Usted no será penalizado por presentar una queja.

El derecho del Departamento a hacer cambios a este aviso

El Departamento se reserva el derecho de modificar este Aviso. Cuando lo hagamos, podremos hacer efectivo el Aviso modificado para la información médica que ya tenemos sobre usted, así como la información que recibamos en el futuro. Publicaremos una copia del Aviso actual en nuestras instalaciones. Cada Aviso contendrá en la primera página, en la esquina superior derecha, su fecha de vigencia. Además, cada vez que se registre en nuestra oficina para recibir servicios médicos, tendrá a su disposición una copia del Aviso actual en vigencia en el área de espera.

Departamento de Salud del Condado de LaSalle

Reconocimiento de Aviso de Prácticas de Privacidad

Mi firma a continuación indica que se me ha brindado la oportunidad de leer el Aviso de prácticas de privacidad para el Departamento de Salud del Condado de LaSalle y de que se me responda cualquier pregunta antes de firmar.

Firmado: Fecha:

Imprimir Nombre:

Si está firmado por alguien que no sea el paciente, indique la relación con paciente:

- ☐ Padre o tutor del paciente menor.
- ☐ Guardián o cuidador de un paciente incompetente
- ☐ Beneficiario o representante personal del paciente fallecido.

SÓLO PARA USO DE OFICINA:

Firma del empleado: Fecha _____

Si el paciente o el representante del paciente se niega a firmar este Reconocimiento:

☐ Esfuerzos para obtener: _____

☐ Razón por la cual el paciente se negó a firmar: