

## **The Louisiana Breast and Cervical Health Program LBCHP** **Programa de Prevención de Cáncer de Pecho y de Cérvix / Cuello del Utero / Matríz**

### **DESCRIPCION DEL PROGRAMA**

El Programa del Estado de Louisiana (**The Louisiana Breast and Cervical Health Program LBCHP**) para la Prevención de Cáncer de Pecho y Cérvix, es un esfuerzo cooperativo entre clínicas y médicos de la Escuela de Medicina del Estado de Louisiana (**LSUHSC, Louisiana State University Health Sciences Center**) y de los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (**U.S. Centers for Disease Control and Prevention**) con el fin de promover exámenes físicos para la prevención de cáncer de pecho y cérvix. El propósito de estos exámenes es detectar el cáncer en sus primeras etapas, de manera que pueda ser tratado y curado. El examen de cáncer de pecho envuelve una exploración manual en la que sus pechos serán palpados y un estudio radiográfico llamado mamografía. El examen de cáncer de cérvix o cuello uterino o de la matríz, envuelve un examen pélvico o ginecológico y la toma de muestras raspando con un cepillo las paredes del cuello uterino o de la matríz. Este procedimiento se llama Papanicolaou (Pap test).

- Usted podrá recibir estos servicios gratuitos (la visita médica, la mamografía y el Papanicolaou) si está dentro del grupo de edades e ingresos requeridos por este Programa; si no tiene seguro de salud o, aunque lo tenga, si el deducible o co-pago requerido por cada visita médica no está al alcance de su bolsillo
- Si los resultados de su examen son anormales, el personal de la Clínica se coordinará con el Programa para ayudarla en lo necesario para futuros diagnósticos y tratamiento. Este Programa podría pagar por servicios limitados de diagnóstico **pero no puede pagar por los tratamientos**. El personal de la Clínica le explicará que servicios específicos están cubiertos por el Programa y cuales no. Al ser diagnosticada por este Programa de Prevención de Cáncer de Pecho y de Cérvix (**LBCHP**), usted podría calificar para que Medicaid cubra el tratamiento.
- Para poder disponer de futuros servicios de diagnóstico y tratamiento requeridos en el caso de un resultado anormal, este Programa (**LBCHP**) podría requerir una evaluación adicional de las necesidades del paciente.

El personal de la Clínica le dirá cuando usted necesita hacerse su próximo Papanicolaou y/o mamografía.

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO Y AUTORIZACION PARA REVELAR INFORMACION CONFIDENCIAL DE SALUD**

He leído y entendido la descripción del Programa del Estado de Louisiana (**The Louisiana Breast and Cervical Health Program LBCHP**) para la Prevención de Cáncer de Pecho y Cérvix y por medio del presente documento doy mi consentimiento para recibir los servicios médicos indicados en él. Al aceptar mi participación en este Programa, también doy mi consentimiento para que todos y cada uno de mis médicos, clínicas, servicios de mamografía y/o hospitales, tengan acceso a toda la información concerniente a mis exámenes de Papanicolaou (Pap test), de pecho, mamografías y cualquier diagnóstico relacionado con procedimientos o tratamientos con el Programa del Estado de Louisiana (**The Louisiana Breast and Cervical Health Program LBCHP**) para la Prevención de Cáncer de Pecho y Cérvix lo que pudiera incluir que mi caso fuese referido para su manejo a personal de la Escuela de Medicina del Estado de Louisiana (**LSUHSC, Louisiana State University Health Sciences Center**). Entiendo que si no firmo esta autorización, no me permitirán participar en el Programa **LBCHP**. Mi decisión de no participar en el Programa **LBCHP** no afectará mi acceso a servicios médicos regularmente ofrecidos por LSU (LSU Health Care Services Division Hospitals).

Cualquier información que yo proporcione a este Programa será confidencial, lo que quiere decir que esta información estará solamente a mi disposición, a la de los empleados, subcontratistas y asociados a LSUHSC que trabajen con este Programa. La información será usada únicamente para propósitos relacionados con el Programa arriba descrito y sujeta a las Normas y Prácticas de Privacidad de LSUHSC. Entiendo que la divulgación de esta información autorizada podría estar sujeta a otra re-divulgación por parte de subcontratistas y/o asociados a LSUHSC y dejar de estar protegida por "Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996"; así como también que esta información permanecerá en los archivos de LBCHP en LSUHSC por un período de seis (6) años. Cualquier reporte publicado por este Programa no me identificará con mi nombre.

Igualmente entiendo que mi participación en este Programa es voluntaria y que puedo anularla con una llamada telefónica o enviando una carta a la dirección que aparece más abajo. Podré revocar mi autorización para revelar **Información Confidencial de Salud** en cualquier momento, enviando una carta de petición a:

**LOUISIANA BREAST & CERVICAL HEALTH PROGRAM, Attn: LBCHP Services Coordinator  
1615 Poydras Street, Ste. 1400, New Orleans, LA 70112, Toll-Free: 1-888-599-1073**

A menos que sea revocado, este Consentimiento/Autorización permanecerá vigente mientras **Louisiana Breast and Cervical Health Program LBCHP** esté operando.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente (Escriba el Nombre y Apellido)

\_\_\_\_\_  
MD or Clinic Name

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o del Representante Autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

***MUST GIVE A SIGNED COPY TO PATIENT, KEEP ORIGINAL IN FILE.***

***ENTREGAR AL PACIENTE UNA COPIA FIRMADA, ARCHIVAR EL ORIGINAL.***