

NPI del proveedor: _____ Fecha de la visita a la oficina: _____



Consentimiento para prueba médica

Descripción del programa

El programa **Well-Integrated Screening and Evaluation for WOMen Across the Nation** (WISEWOMAN, Detección y evaluación integradas para mujeres de todo el país) es un esfuerzo conjunto de proveedores de atención médica, entre ellos, el Bureau of Chronic Disease Prevention and Healthcare Access (Departamento de Prevención de Enfermedades Crónicas y Acceso a la Atención Médica) del Louisiana Department of Health (Departamento de Salud de Luisiana), “Well-Ahead Louisiana,” y los Centers for Disease Control and Prevention (CDC, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades). Estos proveedores de atención médica ayudan a que las mujeres comprendan y reduzcan el riesgo de enfermedades cardíacas.

WISEWOMAN promueve estilos de vida saludables y duraderos para tener el corazón sano e informa sobre la presión arterial, el colesterol, la diabetes, el índice de masa corporal (IMC) y el tabaquismo. La prueba de detección de WISEWOMAN incluye chequeos de presión arterial y análisis para medir el azúcar en la sangre y el colesterol. El programa WISEWOMAN atiende a mujeres, de entre 40 y 64 años, de bajos ingresos, que no tienen seguro o tienen un seguro insuficiente.

Consentimiento para la divulgación de información

Si decido obtener servicios o cualquier atención médica relacionada a través de WISEWOMAN, otorgo mi consentimiento a mis proveedores de atención médica, clínicas, hospitales, planes de seguros de salud y al programa WISEWOMAN para que intercambien información sobre mi atención médica, detección de factores de riesgo de padecer un accidente cerebrovascular y enfermedades cardíacas y servicios para la reducción de riesgos. Comprendo que este consentimiento vence 12 meses después de la fecha en la que firmo este formulario. También comprendo que debo reinscribirme anualmente para continuar recibiendo los servicios.

Cumpliré con los requisitos del programa WISEWOMAN al proporcionar documentación de seguimiento, tal como lo requiere el personal del programa, y completaré las citas de seguimiento que se programaron durante mi primera cita médica con WISEWOMAN.

Cualquier información que se dé a conocer al programa WISEWOMAN será confidencial, excepto en los casos que se describen en este consentimiento. Esta información estará disponible para mí, para el personal que integra WISEWOMAN y para Well-Ahead Louisiana (la fuente de financiación de WISEWOMAN). Esta información será utilizada para alcanzar los objetivos del programa tal como se describió anteriormente. Los informes publicados y los datos enviados a los financiadores federales que resultan de los programas no identificarán a los clientes por sus nombres.

Comprendo que estar en estos programas es voluntario y que puedo abandonar WISEWOMAN y retirar el consentimiento para divulgar información en cualquier momento. Si se me realiza una prueba de detección y se descubre que padezco una enfermedad cardíaca, el personal de WISEWOMAN me ayudará a encontrar recursos para recibir un tratamiento sin importar mis posibilidades de pago. Comprendo que me pedirán que otorgue mi consentimiento para recibir tratamientos y proporcionar información cuando según sea necesario.

Confidencialidad: La Office of Public Health (Oficina de Salud Pública) del Louisiana Department of Health, Bureau of Chronic Disease Prevention and Healthcare Access, se rige por todas las leyes vigentes sobre la confidencialidad de los servicios médicos en general y específicamente en lo que respecta a servicios preventivos. Todas las historias clínicas psiquiátricas y médicas son confidenciales y se conservarán según la Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA, Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico).

NPI del proveedor: _____ Fecha de la visita a la oficina: _____



AL FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO, APRUEBO QUE UN MÉDICO CON LICENCIA, UN ENFERMERO PRACTICANTE AUTORIZADO O UN ENFERMERO DIPLOMADO REALICEN LOS SIGUIENTES SERVICIOS:

- prueba de glucosa en la sangre • prueba de presión arterial •
- prueba de panel de lípidos (colesterol HDL, colesterol LDL y colesterol total) •

Si falsifico cualquier información usada para determinar mi elegibilidad, comprendo que seré responsable de los cargos.

Comprendo la información de este formulario. Autorizo al personal clínico de WISEWOMAN a realizar las pruebas médicas básicas que ya se mencionaron. También comprendo que mi información personal será confidencial y que no la compartiré con personas que no estén directamente relacionadas con el programa Well-Ahead WISEWOMAN.

Firma del participante Fecha

Nombre en letra de imprenta Fecha
del participante

Firma del personal de WISEWOMAN Fecha
que realizó la prueba

Firma del intérprete (de ser necesario) Fecha

Este consentimiento se puede suspender o modificar en cualquier momento a través del envío de una solicitud escrita a la entidad mencionada anteriormente. Se otorgará una copia de este documento a los participantes, si la solicitan.