NIP del proveedor: _____ Fecha de visita en la oficina: _____

Consentimiento para revisión médica

Descripción del programa

El Programa **W**ell-**I**ntegrated **S**creening and **E**valuation for **WOM**en **A**cross the **N**ation -revisión y evaluación bien integradas para mujeres a lo largo de la nación- (WISEWOMAN, por sus siglas en inglés) es un esfuerzo conjunto de proveedores médicos, el consejo de prevención de enfermedades crónicas y acceso al cuidado de la salud del departamento de salud de Luisiana («Well-Ahead Louisiana») y los centros para el control y prevención de enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) para ayudar a las mujeres a entender y reducir su riesgo de padecer enfermedades cardíacas.

WISEWOMAN promueve estilos de vida prolongados y beneficiosos para el corazón y educa en relación a la presión arterial, el colesterol, la diabetes, el índice de masa corporal (IMC) y el tabaquismo. La revisión de WISEWOMAN incluye un chequeo de la presión arterial y de niveles de azúcar y colesterol en análisis de sangre. El programa WISEWOMAN atiende a mujeres de bajos ingresos, sin seguro médico o con seguro médico insuficiente de entre 40 y 64 años.

Consentimiento para divulgar información

Presto consentimiento a mis proveedores médicos, clínicas, hospitales, planes de seguro de salud y al programa WISEWOMAN para que se proporcionen información entre sí en relación al cuidado de la salud, enfermedad cardíaca y prueba de detección de factor de riesgo de infarto y servicios de reducción de riesgo, si eligiera obtener servicios o cuidado médico relacionado a través de WISEWOMAN. Entiendo que debo volver a inscribirme en forma anual para continuar accediendo a los servicios.

Cumpliré con los requisitos del programa WISEWOMAN brindando documentación complementaria como lo requieren los empleados del programa y completaré las citas de seguimiento conforme se establezcan durante mi cita médica inicial con WISEWOMAN.

Cualquier información divulgada al programa WISEWOMAN permanecerá en confidencialidad, salvo por lo establecido en este consentimiento. La información se encontrará disponible para mí, el personal involucrado en WISEWOMAN y para Well-Ahead Louisiana (la fuente de fondos de WISEWOMAN). La información será utilizada para cumplir los fines del programa, conforme se describe arriba. La información y los datos publicados, enviados a los donantes federales que derivan de los programas, no identificarán a ningún cliente por su nombre.

Entiendo que la permanencia en estos programas es voluntaria y que podré abandonar WISEWOMAN y retirar mi consentimiento para divulgar información en cualquier momento. Si me realizan una revisión y me encuentran una condición cardíaca, el personal de WISEWOMAN me ayudará a encontrar recursos para el tratamiento, más allá de mi capacidad de pago. Entiendo que se me requerirá prestar consentimiento para el tratamiento y brindar otra información, conforme sea necesario.

Confidencialidad: El Departamento de Salud de Luisiana, oficina de salud pública, consejo de prevención de enfermedades crónicas y acceso al cuidado de la salud adhieren a todas las leyes actuales en relación a la confidencialidad de los servicios de salud en general y específicamente cuando se relacionan con servicios de prevención. Todos los registros médicos y de salud mental son confidenciales y se mantendrán conforme lo ordena la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés).

NIP del proveedor: _____ Fecha de visita en la oficina: _____

Al brindar mi número de teléfono móvil a Well-Ahead Louisiana (Departamento de Salud de Luisiana, WISEWOMAN; establecimiento de revisión de WISEWOMAN, personal), «Well-Ahead», acepto y reconozco que Well-Ahead y/o el/los proveedor/es del servicio del programa contratado podrán enviar mensajes a mi número de teléfono móvil con cualquier fin, incluidos recordatorios de citas, consejos de salud e información específica para mi condición de salud. Reconozco que este consentimiento podrá ser removido a mi solicitud pero que hasta tanto se revoque dicho consentimiento, podré recibir mensajes de texto de Well-Ahead en mi número de teléfono móvil. Comprendo que podrán aplicarse tarifas por mensajes y datos.

Entiendo los riesgos asociados con las comunicaciones por correo electrónico entre Well-Ahead y mi persona y cualquier proveedor/es de servicios del programa contratado. Cualquier consulta que hubiera tenido, ha sido contestada. Si brindo mi correo electrónico abajo, entiendo los riesgos y presto consentimiento para que el establecimiento de revisión de WISEWOMAN, el departamento de salud pública de Luisiana o el proveedor/es de servicio del programa contratado se comunique conmigo a través de correo electrónico en relación a mi información de salud protegida.

AL FIRMAR EL PRESENTE CONSENTIMIENTO, ACUERDO PERMITIR QUE LOS SIGUIENTES SERVICIOS SEAN PRESTADOS POR UN DOCTOR MÉDICO, UNA ENFERMERA CERTIFICADA, ENFERMERA O ASESOR/TRABAJADOR DE SALUD COMUNITARIO DEL SITIO,

• revisión de glucosa en sangre • revisión de presión sanguínea • revisión de perfil de lípidos (HDL, LDL y colesterol total) •

Si falsifico cualquier información utilizada para establecer mi elegibilidad, entiendo que seré responsable de los cargos.

Entiendo la información contenida en este formulario. Otorgo permiso al personal de la clínica WISEWOMAN para realizar las revisiones médicas básicas establecidas arriba. También entiendo que mi información personal será mantenida en confidencialidad y que no será compartida con ninguna persona que no se encuentre involucrada directamente en el programa WISEWOMAN Well-Ahead.

_____	_____
Firma del participante Fecha	Nombre impreso del participante Fecha
_____	_____
Firma del personal de la locación de la revisión de WISEWOMAN Fecha	Firma del intérprete (si lo hubo) Fecha

El presente consentimiento podrá ser retirado o modificado en cualquier momento con una solicitud por escrita dirigida a la entidad a la que se hace referencia arriba. Una copia en duplicado del presente documento será entregada a los participantes a solicitud.

Información del sitio: Ochsner LSU Health Monroe Número de identificación del participante (15): 4 0 0 0 0 __ __ __ __ __ __ __ __ __ __
Código FIPS tribal/estatal: LA Identificación del sitio de inscripción: 71202 Sitio geográfico ANSI: 22073