

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
PROGRAMA DE DETECCIÓN DE CÁNCER CERVICAL Y DE MAMA DE TENNESSEE (TBCSP)**

Nombre de la cliente:	Fecha de Nacimiento:	Número de seguro social:
------------------------------	-----------------------------	---------------------------------

La misión del **Programa de Detección de Cáncer Cervical y de Mama de Tennessee** (TBCSP) es promulgar y proporcionar **servicios de detección** de cáncer cervical y/o de mama (exámenes clínicos de mama, mamografías, y pruebas de Papanicolaou) y servicios de orientación al paciente para las mujeres marginadas de Tennessee. El objetivo de las pruebas de detección es la detección y el tratamiento precoz del cáncer cervical y de mama. Los servicios del TBCSP son financiados a través del Programa Nacional de Detección Precoz del Cáncer Cervical y de Mama (NBCCEDP) de los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC), el Paquete de Subvenciones de Salud Materno-Infantil (MCH), Susan G. Komen y fondos del gobierno estatal. El programa es administrado por los departamentos de salud locales y metropolitano, centros de salud acreditados por el gobierno federal, médicos privados, organizaciones sin fines de lucro, hospitales y otras agencias contratadas.

- ❖ Es posible que sea elegible para citas médicas GRATUITAS con un profesional de la salud y **servicios de detección** correspondientes así como derivaciones si reúne los criterios de elegibilidad según se determine debido a sus ingresos, por no poseer seguro médico, o porque su seguro no cubra completamente estos servicios, lo cual se determina basado en las directrices nacionales de la USPSTF (Brigada Especial para Servicios de Prevención de EE.UU.) y la ASCCP (Sociedad Norteamericana de Colposcopia y Patología Cervical).
- ❖ Si el resultado de la prueba de detección de cáncer cervical o de mama es **anormal**, la clínica y los proveedores colaborarán con el programa y la ayudarán a obtener otras pruebas de diagnóstico y/o tratamiento. El programa quizás pueda ayudarla con el pago de servicios de diagnóstico limitados, pero no puede pagar por el tratamiento.
- ❖ Si el resultado de la prueba de detección es **anormal**, el programa TBCSP y el servicio de orientación a pacientes colaborarán con usted para ayudarla a obtener los servicios de derivación que necesita de otros proveedores. Esto no garantiza que TBCSP vaya a pagar por estos servicios. Si necesita tratamiento, es **POSIBLE** que sea elegible para Medicaid (TennCare). Los orientadores de pacientes pueden ayudarla con el proceso de la solicitud. Sin embargo, no podemos garantizarle que sea aceptada en el programa TennCare.
- ❖ Si el resultado de la prueba de detección es **normal**, el proveedor o el orientador le informarán de la fecha en que se debe hacer la próxima prueba de detección tal y como lo han determinado las directrices de la USPSTF y la ASCCP.
- ❖ Si solicita algún servicio que **NO** sea prestado por el TBCSP, será su responsabilidad pagar por esos servicios adicionales.

Yo he leído lo anterior y entiendo la explicación sobre el Programa de Detección de Cáncer Cervical y de Mama de Tennessee y deseo recibir los servicios de salud indicados. Entiendo que mi participación en este programa es **VOLUNTARIA** y que puedo abandonar el programa en cualquier momento. Se mantendrá la confidencialidad de toda información divulgada al programa, y la misma solo estará disponible para los empleados del Departamento de Salud de Tennessee que trabajan en el programa, así como para mí misma, y sólo se utilizará para cumplir con los objetivos del programa. Ningún informe publicado me identificará por mi nombre.

NOMBRE: _____ **REPRESENTANTE**
DEL CENTRO: _____

FIRMA: _____ **FIRMA:** _____

FECHA: _____ **FECHA:** _____