Every Woman's Life

Acuerdo de participación para las clientas

Nombre de la clienta (letra de imprenta):_____

El programa Every Woman's Life (La vida de cada mujer) alienta a las mujeres a someterse a una prueba detección sistemática de cáncer de mama y cervical. El objetivo de la prueba sistemática es la detección del cáncer en sus etapas iniciales para poder tratarlo oportunamente. La prueba sistemática de cáncer de mama incluye un examen gratuito de mama y una radiografía especial llamada mamografía. La prueba sistemática de detección de cáncer cervical incluye un examen ginecológico gratuito. Durante el examen ginecológico, se extraen algunas células del cuello uterino y se envían a un laboratorio para analizarlas y determinar si son normales.

Con su participación en el programa:

- Le administrarán las pruebas sistemáticas de detección de cáncer de mama y cervical más apropiadas para usted.
- Si necesita más exámenes, el administrador de su caso le ayudará a obtenerlos. La mayoría de estas pruebas son gratuitas, pero podría ser necesario pagar por las que no están cubiertas por el programa. En colaboración con otras clínicas, el administrador de su caso se va a cerciorar de que se le administren todas las pruebas necesarias.
- Si le han diagnosticado cáncer de mama o cáncer cervical, Medicaid podría cubrir el costo de su tratamiento.
- Debe asistir a todas sus citas para las pruebas sistemáticas de detección o de tratamiento. Si no puede asistir a una cita o no desea continuar en el programa, comuníquese con el administrador de su caso.

Convenio:

- Acepto someterme a todas las pruebas sistemáticas de detección y a cualquier otro examen que pueda llegar a necesitar.
- Acepto asistir a todas mis citas. Si no puedo asistir a una cita me comunicaré con el administrador de mi caso.
- Confirmo que he proporcionado la información personal correcta.
- Entiendo que mi información personal es privada y sólo se utilizará para determinar si reúno los requisitos para el programa y por el administrador de mi caso para ayudarme a obtener las pruebas que necesite.
- Acepto que mi información médica pueda compartirse con el programa.
- Entiendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del programa en cualquier momento.

Firma de la cliente _____ Fecha _____

Firma del testigo _____ Fecha _____