



# UCCP Forma de Consentimiento y Autorización

Date \_\_\_\_\_  
Clinic # Attn: \_\_\_\_\_

SSN# \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ DOB \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_  
Last First Initial Maiden

El Programa del Control del Cáncer de Utah (UCCP) es un programa que promueve el uso de servicios de detección temprana de los cánceres de seno y cervical y fomenta un estilo de vida saludable.

Usted podría inscribirse en el programa si:

- Es residente del estado de Utah
- Cumple con los requisitos de ingreso económico

Mujeres entre las edades de 40 a 49 años que califican para el programa recibirán los servicios mencionados en la columna A y pagarán una cuota que es determinada por la clínica (no por el UCCP). Mujeres de 50 años y mayores que califican recibirán gratuitamente los servicios mencionados en las columnas A y B. Por favor preste atención: El UCCP no paga por costos de tratamiento.

COLUMN A	COLUMN B
Examen Clínico del Seno Mamografía Prueba de Papanicolau (Pap) Examen Pélvico Algunas pruebas de diagnóstico Referencia de Tratamiento	Presión sanguínea Chequeo del Colesterol Analisis de la azucar (glucosa) en la sangre Analisis de hemoglobina A1C Medidas de Peso y Talla Consejeria para reducir Factores de Riesgo Guia y Consejo para un estilo de vida saludable

Las participantes deben usar profesionales médicos contratados por el programa UCCP. Si tiene seguro medico (aseguranza), su compañía recibirá el cobro por estos servicios, el Programa del Cáncer de Utah (UCCP) cubrirá por los gastos que su seguro medico no cubre

- Yo certifico que la información que he dado es verdadera y completa según mi entender. Yo certifico que voluntariamente he pedido recibir estos servicios sin ser forzada de ninguna forma, y entiendo que recibiré una copia de este documento una vez firmado.
- Yo consiento participar en los servicios clínicos de prevención y de seguimiento clínico ofrecidos por el UCCP.
- Yo autorizo a todos los profesionales de salud que entreguen todos mis reportes médicos al Programa del Cancer de Utah y a Registro de Cáncer del Utah.
- Esta forma de autorización y toda información que yo proporcione puede ser compartida con el Departamento de Salud y el Registro del Cáncer de Utah con propósitos estadísticos e investigación como especifica la ley en Utah. Entiendo que mi nombre no será divulgado en ninguno de los reportes publicados.
- Entiendo que mi participación es voluntaria y que puedo rehusar a participar y cancelar mi autorización de divulgar mi información en cualquier momento sin ninguna penalidad mandando una carta dirigida a UCCP 288 N 1460 W PO Box 142107, Salt Lake City UT 84114-2107.

Nombre con letra de imprenta

Firma

Fecha