



UTAH DEPARTMENT OF  
**HEALTH**

## Formulario de consentimiento y autorización del Programa para el Control del Cáncer de Utah (UCCP) y BeWise

Fecha de nacimiento:

Nombre:

El Programa para el Control del Cáncer de Utah (Utah Cancer Control Program, UCCP) y el Programa BeWise ofrecen evaluación para el cáncer de mama y cervical y la enfermedad cardiovascular, así como asesoría para la salud. Se puede inscribir en los servicios del UCCP y BeWise, si:

- Es un residente de Utah (visitantes de Utah no son elegibles).
- Cumple con los lineamientos de edad e ingreso.

Las mujeres que cumplan con los requisitos para el/los programa(s) pueden recibir los servicios de evaluación que se indican a continuación, sin costo, una vez al año. Dependiendo de la disponibilidad, los servicios pueden incluir:

### Servicios del Programa para el Control del Cáncer:

- Examen clínico de mama
- Mamografía
- Prueba de Papanicolau
- Algunos servicios diagnósticos
- Remisión para tratamiento

### Servicios del Programa BeWise:

- Medición de la presión sanguínea
- Evaluación del colesterol
- Revisión de la glucosa o prueba A1c
- Medición de la altura y el peso
- Medición de la cadera y cintura
- Asesoría de salud y remisión a servicios de apoyo para comportamientos saludables

Debe utilizar proveedores contratados por el UCCP o BeWise. Se proporcionarán sin costo únicamente los servicios indicados en la remisión. Si tiene seguro de salud, la factura les será enviada primero a ellos. Los Programa(s) del UCCP y BeWise son los pagadores de último recurso, únicamente por servicios aprobados. Los pacientes son responsables de pagar por los servicios que no aparezcan indicados en la remisión. Si recibe una factura, llámenos al 1-800-717-1811.

- Certifico que la declaración que he proporcionado es correcta y completa, a mi leal saber y entender.
- Certifico que he solicitado estos servicios voluntariamente.
- Entiendo que podría recibir una copia de este formulario, cuando lo solicite.
- Acepto participar en las evaluaciones recomendadas y el cuidado de seguimiento.
- Notificaré al programa(s) sobre cualquier cambio en mi información de contacto, como mi número telefónico o dirección.
- Entiendo que es mi responsabilidad hacer preguntas sobre cualquier hallazgo positivo de la visita o resultados de evaluaciones.
- Entiendo que si decido recibir servicios que no son pagados por el programa, soy responsable de pagar por ellos.

- Acuerdo recibir recordatorios de citas y otra información relacionada con la salud, por correo electrónico, teléfono o mensaje de texto (podrían aplicarse cargos adicionales sobre los mensajes de texto o datos), de parte de los Programas UCCP y BeWise o su persona designada.
- Entiendo que los proveedores pueden compartir mi información médica con estos programas para propósitos del pago. Entiendo que mi información médica puede ser compartida con el Registro de Cáncer de Utah para llevar a cabo actividades de salud pública, según lo exigido por la ley.
- Entiendo que mi participación es voluntaria y que me puedo retirar de este programa, sin penalización, al enviar una notificación escrita a los Programas del UCCP y BeWise a 288 N 1460 W, P.O. Box 142107, Salt Lake City, UT 84114-2107. Entiendo que este consentimiento es válido por 5 años, a menos que envíe una carta escrita a los Programas del UCCP y BeWise para retirar mi consentimiento.

---

**Nombre:**

**Fecha:**

**Firma**