

## **Louisiana Breast and Cervical Health Program Programa de Prevención de Cáncer de Seno y Cervicouterino**

El Programa para la Prevención de Cáncer de Seno y Cervicouterino del Estado de Luisiana (The Louisiana Breast and Cervical Health Program LBCHP, por sus siglas en inglés) es un esfuerzo cooperativo entre clínicas y médicos, el Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad de Luisiana-Nueva Orleans (LSUHSC-NO) y El Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC) para alentar la detección de cáncer de seno y cervicouterino. El objetivo de las pruebas es detectar el cáncer en su etapa más temprana para que pueda tratarse o curarse. La detección de cáncer de seno involucra una radiografía de seno llamada mamografía. La prueba para el cáncer cervicouterino involucra un examen pélvico y un raspado del cuello uterino (abertura del útero) llamado «Papanicoláu». La prueba se completa para verificar el virus del papiloma humano (VPH) que puede causar células anormales y cáncer cervicouterino.

LBCHP tiene navegantes que están capacitadas a evaluar las barreras de cada paciente y brindar asistencia individualizada para completar pruebas de seno y cervicouterinas de calidad. La navegación incluye: orientación del sistema de atención médica; asistencia para programar citas, transporte y traducción de idiomas; asistencia para entender y utilizar la cobertura de seguros; identificar recursos locales y apoyo para atender las necesidades del paciente; proporcionar información adicional sobre la salud del seno y/o cervicouterino; y asegurando servicios adecuados de diagnóstico y tratamiento están disponibles si los resultados de las pruebas de seno y/o cervicouterinas son anormales.

Si cumple con los criterios de edad, ingresos y residencia para el programa y no tiene seguro, usted es elegible para recibir visita a la clínica/médico, la prueba de Papanicoláu y/o la mamografía, y los servicios de navegación libre de costo. Si usted tiene un resultado anormal en la prueba de detección, la clínica/médico o navegador trabajará con el programa para ayudarle a obtener más pruebas de diagnóstico y tratamiento. El programa puede pagar por servicios de diagnóstico limitados, pero **no puede pagar por el tratamiento**. Su proveedor de atención médica o navegador puede decirle qué servicios específicos se pueden pagar y cuáles no están cubiertos por el programa. Si es diagnosticada a través del programa y no tiene seguro médico **usted puede ser elegible para recibir cubierta para el tratamiento a través de Medicaid**. También puede calificar para ayudas adicionales a través de LBCHP para completar las pruebas de diagnóstico si el deducible o copago requerido por su seguro le impide hacer un seguimiento de resultados a pruebas anormales. **Si usted tiene seguro (Medicaid, privado, etc.)**, y cumple con los criterios del programa, usted es elegible para recibir servicios de navegación. Si usted está asegurado o no asegurado, si usted cumple con los términos de elegibilidad del programa de navegación, según lo dirigido por el personal médico, el navegador facilitará el seguimiento de la prueba inicial hasta que se haya completado todo el seguimiento necesario, incluyendo el inicio del tratamiento, ayudando a superar las barreras del paciente y dirigir referencias apropiadas para los servicios y tratamientos cubiertos a través de su seguro.

El programa trabajará con esta clínica/médico para hacerle saber cuándo es la próxima prueba de Papanicolaou y/o mamografía.

### **CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS Y AUTORIZACIÓN PARA LIBERAR INFORMACIÓN de SALUD PROTEGIDA**

He leído y entiendo la descripción del programa anterior a cerca del Programa de Prevención de Cáncer Seno y Cervicouterino de Luisiana (LBCHP) y por la presente acepto recibir los servicios de salud y navegación como se indicó anteriormente. Al aceptar participar en el programa, doy permiso a todos y cada uno de mis médicos, clínicas, instalaciones de mamografía y/o hospitales a proporcionar toda la información concerniente a mis pruebas de Papanicolaou, exámenes de seno, mamografías y cualquier diagnóstico y tratamiento relacionado procedimientos de LBCHP, que puede incluir la remisión a los navegantes empleados por el Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad Estatal de Luisiana-Nueva Orleans (LSUHSC-NO), con el fin de reunir información sobre la detección temprana del cáncer. Entiendo que, si no firmo este formulario, no se me permitirá participar en LBCHP. Sin embargo, entiendo que decidir no participar en LBCHP no tendrá ningún efecto en mi acceso al tratamiento o pago en clínicas LSUHSC-NO, hospitales de la división de servicios de salud de LSU u otros centros de atención médica.

Cualquier información publicada para el programa, estará disponible y/o re-divulgada sólo a mí y a los empleados, subcontratistas y socios comerciales de LSUHC que trabajan con este programa. La información será utilizada sólo para cumplir con los propósitos del programa descrito anteriormente, y está sujeta al aviso de prácticas de privacidad de LSUHSC-NO. Entiendo que la información divulgada por esta autorización puede estar sujeta a la re-divulgación por parte del destinatario y ya no estará protegida por la ley de portabilidad y responsabilidad del seguro de salud de 1996. Entiendo que mi información de salud protegida será mantenida por LBCHP en LSUHSC-NO por un período de por lo menos seis (6) años. Cualquier informe publicado de este programa no me identificará por mi nombre.

Sé que participación en este programa es voluntaria y que puedo abandonar el programa haciendo una solicitud por escrito a la dirección a continuación. Excepto en la medida en que la acción ya se haya tomado en dependencia de esta autorización, puedo revocar mi autorización para divulgar información médica protegida en cualquier momento enviando una solicitud por escrito a:

**LOUISIANA BREAST & CERVICAL HEALTH PROGRAM, Attn: Patient Navigation Coordinator  
2020 Gravier Street, 3<sup>RD</sup> Floor, New Orleans, La 70112, Toll-Free: 1-888-599-1073**

A menos que se revoque de otra manera, entiendo que este consentimiento y/o autorización no caducará mientras el Programa de Salud de Seno y Cervicouterino de Luisiana esté en funcionamiento.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente (Nombre, Apellido, Inicial)

\_\_\_\_\_  
Nombre de la clínica

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o representante autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha