

Illinois Breast and Cervical Cancer Screening Programa "Porqué Esperar"
Teléfono (630) 221-7150 Fax (630)510-5415

El programa "Porqué Esperar" del departamento de Salud del condado de DuPage, ofrece exámenes de mamograma y Papanicolau gratis a mujeres que viven en el condado de DuPage, que no tienen seguro de salud/o tienen seguro de salud insuficiente. Algunas mujeres podrían necesitar exámenes adicionales o tratamiento que no son cubiertos por el programa "Porqué Esperar"; por lo tanto, es muy importante que aplique para el programa de Access DuPage.

Por favor envíenos la aplicación completa con las siguientes "Pruebas"

1. **Copia de su tarjeta de Access DuPage, si la tiene**
2. **Copia de su identificación del estado, licencia para conducir o pasaporte**
3. **Pruebas de ingreso familiar (ejemplos de pruebas de ingresos incluyen dos o más talones de cheque recibidos en los últimos tres meses, carta del desempleo, carta de su empleador que indique el número de horas que trabaja por semana o dos semanas y el pago por hora, manutención de niños, si trabaja por su cuenta, necesitamos un informe detallado de us ingresos/gastos**

Su participación en el programa programa "Porqué Esperar" no se basa en sus ingresos. Sin embargo El departamento de salud de Illinois requiere esta información. Si no entrega alguna de las "pruebas" su aplicación será negada. Las aplicaciones deben ser renovadas cada año para continuar recibiendo nuestros servicios.

Algunas mujeres podrían necesitar un permiso especial para poder recibir nuestros servicios.

Por favor envíe estos formularios complete y fotocopias de sus pruebas a

DuPage County Health Department, Attn: "Why Wait"

111 N. County Farm Rd.

Wheaton, Il 60187 o

Fax to (630) 510-5415 LINEA SEGURA

El programa "Porqué Esperar" le llamará cuando su aplicación haya sido aprobada. Por favor llame al (630) 221-7150 para saber si hemos recibido su aplicación.

Gracias por su interés en el programa de detección del cancer del seno y del cuello de la matriz

**Programa de Illinois para Detectar el Cáncer Cervical y de Senos
Formulario para la Determinación de Elegibilidad**

Área Sombreada es Sólo para el Uso de la Oficina de IBCCP (Shaded area is for IBCCP office use only)			
<input type="checkbox"/> New-Client Registration Date: _____	<input type="checkbox"/> Established Client Annual Date: _____	<input type="checkbox"/> Navigation Only Date: _____	Cornerstone # _____
<p>Nombre: _____</p> <p>Apellido Anterior: _____</p> <p>Edad: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>Ciudad: _____ Estado: _____</p> <p>Código postal: _____ Condado: _____</p> <p>Teléfono del hogar: _____</p> <p>Teléfono del celular: _____</p> <p>Teléfono de día: _____</p>	<p>Cobertura Médica/de Seguro: Marque todos los que tenga.</p> <p><input type="checkbox"/> Medicare Parte B – No soy elegible para el IBCCP</p> <p><input type="checkbox"/> Medicaid Número de Recipiente (RIN): _____</p> <p><input type="checkbox"/> YO NO tengo seguro médico</p> <p><input type="checkbox"/> Sí tengo seguro médico Nombre de la Compañía: _____</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Está cubierta bajo un seguro médico de su madre/padre o esposo(a)?</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>Si contestó sí, Nombre de la Compañía: _____ ¿Su seguro paga por:</p> <p>Prueba de Papanicolaou? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>Mamogramas? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>¿Tiene usted un deducible que debe cumplirse antes de que los procedimientos de diagnóstico sean cubiertos? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>Por favor provea una copia del frente y de la parte de atrás de su tarjeta del seguro.</p>		
<p>Estado Laboral:</p> <p><input type="checkbox"/> Empleada a tiempo completo (35+ horas semanales) (EFT)</p> <p><input type="checkbox"/> Empleada a medio parcial (EPT)</p> <p><input type="checkbox"/> No está trabajando (NLF)</p> <p><input type="checkbox"/> Empleada por temporadas/trabajo migratorio agrícola (SMF)</p> <p><input type="checkbox"/> Trabajadora por cuenta propia (SE)</p> <p><input type="checkbox"/> Trabajadora Temporera (TW)</p> <p><input type="checkbox"/> Desempleada (UNE)</p>	<p>Estado Civil:</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca ha Estado Casada (01)</p> <p><input type="checkbox"/> Casada (02)</p> <p><input type="checkbox"/> Otro : _____</p>	<p>Años de Educación Completados:</p> <p><input type="checkbox"/> _____ (EO # de años)</p> <p><input type="checkbox"/> Desconocido (E099)</p>	
<p>Elegibilidad según ingreso:</p> <p>Ingreso total antes de los impuestos (si está casada - escriba el ingreso total combinado antes de los impuestos): \$ _____ mensual/anual (circule uno)</p> <p>Número de personas menores de 18 años, su esposo(a) (si aplica), y usted misma, quienes dependen de este ingreso: _____</p>			
<p>Sólo Para Uso de la Oficina - Office Use Only: Income status for number in household:</p> <p>At or below 250% of federal poverty level: <input type="checkbox"/> Above 250% of federal poverty level: <input type="checkbox"/></p>			
<p>¿Es usted de origen hispano o latino?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí (01) <input type="checkbox"/> No (00)</p> <p>Idioma preferido para la prestación de servicios:</p> <p><input type="checkbox"/> Inglés (E)</p> <p><input type="checkbox"/> Español (S)</p> <p><input type="checkbox"/> Otro (O): _____</p> <p>¿De qué herencia étnica o racial se considera usted? Marque TODAS las que apliquen.</p> <p><input type="checkbox"/> Blanca</p> <p><input type="checkbox"/> Negra o Afroamericana</p> <p><input type="checkbox"/> Asiática</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> China <input type="checkbox"/> India <input type="checkbox"/> Japonesa</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Coreana <input type="checkbox"/> Filipina</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Otra _____</p> <p><input type="checkbox"/> Nativa de Hawái o de Otras Islas del Pacífico</p> <p><input type="checkbox"/> India Americana o Nativa de Alaska</p>	<p>¿Cómo se enteró de este programa?</p> <p><input type="checkbox"/> Anuncio en cartel (PO) <input type="checkbox"/> Periódico (ME)</p> <p><input type="checkbox"/> Hoja volante (FL) <input type="checkbox"/> Radio (ME)</p> <p><input type="checkbox"/> Folleto (BR) <input type="checkbox"/> Televisión (ME)</p> <p><input type="checkbox"/> Manejador de Casos Comunitario (C) <input type="checkbox"/> Sitio Web Agencia/Estado (WB)</p> <p><input type="checkbox"/> Evento Comunitario (CE)</p> <p><input type="checkbox"/> Médico o Proveedor de Servicios de Salud (P)</p> <p>Quién: _____ # de Teléfono: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Otro (OTH), Especifique : _____</p> <p>Barreras:</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Transportación <input type="checkbox"/> Cuidado de Niños/Familia</p> <p><input type="checkbox"/> Horario de trabajo</p> <p><input type="checkbox"/> Entendiendo las necesidades médicas</p> <p><input type="checkbox"/> Necesidades especiales <input type="checkbox"/> Financieras</p> <p><input type="checkbox"/> Necesita Intérprete <input type="checkbox"/> Distancia de viaje <input type="checkbox"/> Programando citas</p> <p><input type="checkbox"/> Otra: _____</p> <p>Comentarios:</p> <p>_____</p>		
<p>¿Cuál es la mejor hora para programar su cita? (Favor de marcar todos los que apliquen.)</p> <p>Día de la semana: <input type="checkbox"/> Lunes <input type="checkbox"/> Martes <input type="checkbox"/> Miércoles <input type="checkbox"/> Jueves <input type="checkbox"/> Viernes</p> <p>Tiempo / hora en el día: <input type="checkbox"/> Temprano en la mañana <input type="checkbox"/> A media mañana <input type="checkbox"/> Temprano en la tarde <input type="checkbox"/> Tarde en la tarde</p>			
<p>Yo certifico que la información que he ofrecido en esta solicitud es verídica hasta donde tengo conocimiento.</p> <p>Firma de la Solicitante _____ Fecha _____</p>			

EVALUACIÓN DE SALUD DEL PROGRAMA IBCCP

Nombre:		Fecha:			
Sí	No	PREGUNTAS SOBRE LA SALUD DEL SENO	Sí	No	PREGUNTAS SOBRE LA SALUD CERVICAL
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. ¿Realiza usted un autoexamen mensual de sus senos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27. ¿Alguna vez le han hecho una prueba de Papanicolaou?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. ¿Ha notado usted una bolita o bulto en sus senos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. Si la respuesta es sí, indique el proveedor donde le hicieron la prueba de Papanicolaou:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Si la respuesta es sí, ¿en cuál seno? Derecho ___ Izquierdo ___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29. Si la respuesta es sí, indique la fecha de las dos últimas pruebas (antes de esta visita): ____/____/____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. ¿Ha notado usted alguna sensibilidad al tacto o dolor en el seno?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30. Si no sabe la fecha, ¿fue hace más de 5 años?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. Si la respuesta es sí, ¿aumentó la sensibilidad al tacto o el dolor en el seno durante su menstruación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31. ¿Fueron normales los resultados de su última prueba de Papanicolaou?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. Si la respuesta a la pregunta #4 es sí, ¿en cuál seno? Derecho ___ Izquierdo ___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32. ¿En qué fecha tuvo su último período menstrual? ____/____/____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. ¿Ha notado usted alguna descarga espontánea (no por estimulación o por apretarlos) de sus pezones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33. ¿Está usted embarazada?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. Si la respuesta es sí, ¿cuál seno? Derecho ___ Izquierdo ___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34. ¿Le han hecho una histerectomía?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. ¿Ha notado algún otro síntoma relacionado con sus senos? Si la respuesta es sí, explique:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35. Si la respuesta es sí, ¿le extirparon el cuello uterino? Si no sabe marque una "X". _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. ¿Alguna vez le ha hecho un doctor o una enfermera un examen clínico de los senos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36. ¿Si tuvo una histerectomía, fue debido a un historial de enfermedad cervical, o cáncer cervical?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Si la respuesta es sí, indique el proveedor/clínica donde le hicieron el examen de los senos:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37. ¿Estuvo expuesta al Diethylstilbestrol (DES)?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Si la respuesta es sí, indique la fecha del último examen (antes de esta visita): ____/____/____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38. ¿Se ha debilitado su sistema inmunológico de alguna manera? (debido a medicamento, VIH, trasplante de órgano, u otra condición de salud)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. ¿Se ha hecho alguna vez una mamografía?	PREGUNTAS SOBRE EL TABACO <input type="checkbox"/> 39. ¿Fuma usted cigarrillos? <input type="checkbox"/> 40. Si la respuesta es sí, ¿está usted dispuesta a dejar de fumar? <input type="checkbox"/> 41. Si la respuesta es sí, ¿está interesada en ser referida a la Línea de Asistencia de Illinois Tobacco Quitline (Dejar de Fumar) (Shaded area for IBCCP office use) 42. What date was the referral sent to the Tobacco Quitline? ____/____/____ BARRIER/RISK ASSESSMENT QUESTIONS Barrier Assessment 43. from Eligibility Determination form Breast Cancer Risk Assessment (from Summary Office Visit form) 44. Life time risk _____ 45. High risk for breast cancer <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> not assessed/unknown Cervical Cancer Risk Assessment 46. High risk for cervical cancer <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> not assessed/unknown		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. Si la respuesta es sí, indique el proveedor/clínica donde le hicieron la mamografía:			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. Si es sí, indique las fechas de las dos últimas mamografías (antes de esta visita): ____/____/____			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. Si desconoce la fecha de su última mamografía, ¿calcula usted que fue hace más de 5 años?			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. ¿Ha tenido usted alguna vez cáncer del seno?			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. ¿Han tenido su madre, su hermana/hermano o su hija cáncer del seno? Si es no, salte a la pregunta 22.			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. Si la respuesta es sí, ¿quién?			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. ¿Son ellos BRCA positivo (si usted lo sabe)?			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. ¿Si la respuesta es sí, a qué edad? _____ años.			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. ¿Tiene usted un implante o implantes en el seno?			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. ¿Ha tenido usted alguna vez una biopsia del seno, una aspiración de un quiste del pecho o una cirugía en su seno?			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. Si la respuesta es sí, ¿en cuál seno? Derecho ___ Izquierdo ___			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. Si la respuesta es sí, indique el proveedor que le hizo la intervención _____			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. ¿Alguna vez ha tenido radiación en el área del pecho?			

PROGRAMA DE CÁNCER DEL SENO Y CERVICAL DE ILLINOIS

CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN DEL CLIENTE Y DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

I. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA:

El Programa de Cáncer del Seno y Cervical de Illinois (IBCCP) es un esfuerzo cooperativo entre el Departamento de Salud Pública de Illinois, la Oficina de la Salud de la Mujer y Servicios para la Familia, y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC por sus siglas en inglés). El programa alienta a las mujeres a hacerse exámenes de rutina de cáncer del seno y cervical y provee pruebas de detección gratis y algunos exámenes de diagnóstico para las mujeres de Illinois que sean elegibles. El propósito del examen de rutina del seno y cervical es para detectar el cáncer a tiempo, si este existe, en una etapa temprana para que pueda ser tratado o curado. La prueba de detección para el cáncer del seno consiste en un examen clínico del pecho y un mamograma (unos rayos X del pecho). La prueba de detección para el cáncer cervical consiste en un examen pélvico y una prueba Pap (el raspado cervical).

II. CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:

Yo entiendo y estoy de acuerdo con lo siguiente:

- Yo proveeré prueba de edad y de ingreso para determinar mi elegibilidad para el programa. Si tengo seguro de salud, entonces proveeré una copia de mi tarjeta del seguro y una verificación por escrito de los servicios cubiertos. Si mientras esté inscrita en el Programa de Cáncer del Seno y Cervical de Illinois (IBCCP) yo obtengo seguro médico, le informaré al personal de la Agencia Principal.
- Yo le doy permiso a mis proveedores del cuidado de la salud, a la compañía de seguro, al hospital, la clínica, el laboratorio y/o al departamento de mamografía para proveer información al personal del programa sobre mis pruebas de detección de cáncer del seno y cervical, exámenes de diagnósticos y/o estado de mi tratamiento.
- Yo entiendo que el programa debe obtener cierta información de estadísticas para los informes, incluyendo pero no limitado a la edad, ingreso, seguro y cualquier otro servicio que me sea provisto a través de este programa. Esta información puede ser usada por el programa y el CDC para aprender más sobre el cáncer del seno y cervical y para asegurar la calidad de los servicios provistos a través del programa. **Mi nombre no será usado en estos informes, excepto si la ley lo requiere.**

**PROGRAMA DE CÁNCER DEL SENO Y CERVICAL DE ILLINOIS
CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN DEL CLIENTE Y DE DIVULGACIÓN DE
INFORMACIÓN**

Página 2 de 3

- Mi proveedor del cuidado de la salud y/o el personal del programa tratarán de comunicarse conmigo en lo referente a mis resultados. Yo entiendo que a pesar de los esfuerzos para encontrarme, mi salud es mi propia responsabilidad y puede que necesite comunicarme con mi proveedor para obtener los resultados de mis exámenes.
- Yo entiendo que si el proveedor ordena exámenes que no son cubiertos por el programa o por mi seguro, que yo puedo ser responsable por el pago de esos servicios del IBCCP ya que el programa no puede pagar algunos exámenes de diagnóstico. Hay disponible una lista de los servicios aprobados, que yo puedo solicitar.
- Si soy diagnosticada con una condición pre-cancerosa o cancerosa de mis senos o cervical, entonces la información de mi archivo del IBCCP se divulgará al Departamento de Cuidado de la Salud y Servicios para la Familia. Esta información se usará para determinar si yo soy elegible para recibir beneficios de salud pagados por el Estado a través de Medicaid.
- Si no soy elegible para la cobertura de Medicaid, entonces el personal del programa me ayudará con un referido para los servicios de tratamiento a través de fuentes privadas, recursos de la comunidad, otras ayudas del gobierno o servicios médicos gratuitos.
- Si soy elegible para recibir beneficios de salud pagados por el Estado a través de Medicaid, entonces doy mi permiso para que el personal del programa obtenga información sobre mi tratamiento para el cáncer del seno o cervical. Esta información se usará para determinar el estado de mi tratamiento y mi inscripción extendida en Medicaid.
- Recibiré notificación del personal del programa para recordarme cuando necesite regresar a mi proveedor médico para mi examen anual, y si es necesario, para un examen de seguimiento. (Esto no aplicará a clientes con seguro).
- Le notificaré al programa de cualquier cambio de mi dirección y/o número de teléfono.
- Le escribiré o llamaré al personal del programa local para informarles si ya no deseo participar en el programa. Esta notificación será anotada en mi registro del programa.

**PROGRAMA DE CÁNCER DEL SENO Y CERVICAL DE ILLINOIS
CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN DEL CLIENTE Y DE DIVULGACIÓN DE
INFORMACIÓN**

Página 3 de 3

- Entiendo la importancia de acudir a todas mis citas para que mi cuidado sea provisto de manera oportuna. Cuando sea necesario cancelar o cambiar una cita, le notificaré a la agencia de este cambio.
- Las citas perdidas o ausencias a citas sin excusas no son aceptables, y si esto sucede, potencialmente harían que yo pierda mi habilidad para recibir servicios del IBCCP.

III. RECONOCIMIENTOS:

- He recibido literatura y/o educación sobre todo lo siguiente: salud del seno, mamografías y pruebas de Papanicolaou. _____
(iniciales aquí)
- La Universidad de Illinois en Chicago (UIC), un socio del IBCCP, conduce una encuesta anual con el propósito de ayudar al Departamento a mejorar la calidad del programa para que el Departamento pueda proveerles mejores servicios a los participantes del programa. En una fecha futura la UIC se pondrá en contacto con usted acerca de esta encuesta. Esperamos que usted participe, pero su participación es completamente voluntaria y la elegibilidad para su programa no se verá afectada si decide no participar. Sus iniciales aquí reconocen que usted ha recibido la notificación de esta encuesta voluntaria. _____
(iniciales aquí)

Firma del Cliente _____ **Fecha** _____

CONSENTIMIENTO Y RECONOCIMIENTO
Acuso de Recibo de Notificación de Prácticas de Privacidad

Yo, _____ (escriba nombre de la cliente en letra de molde), por este medio, doy mi consentimiento para permitir a DuPage County Health Dept (nombre de la agencia) y sus empleados asignados y contratistas para que realicen lo siguiente:

- Exámenes de la pelvis y/o de senos, y
- Exámenes de seguimiento para diagnóstico, que sean necesarios.

Entiendo que la naturaleza y consecuencias de cualquier procedimiento que se me haga me serán explicadas con anterioridad.

Entiendo que el Departamento de Salud está autorizado para usar la información recopilada durante el tratamiento con el fin de pasarme la cuenta a mí, a mi compañía de seguros, o a cualquier otra posible fuente de reembolso, tales como programas gubernamentales en los cuales estoy inscrita o en los que califico para servicios.

También por este medio hago constar que he recibido una copia del “**Acuso de Recibo de Notificación de Prácticas de Privacidad**” de la agencia fechada el día 21 de agosto de 2013.

Firma

Fecha

PARA USO DEL PERSONAL SOLAMENTE:

Hago constar que traté de obtener un Reconocimiento del Acuso de Recibo de Notificación de Prácticas de Privacidad en nombre de la agencia delegada. La agencia no pudo obtener el reconocimiento porque:

- La cliente rehusa firmar
- Otras razones _____ (especifique)

_____ Iniciales del miembro del personal _____ Fecha

(Para el miembro del Personal: Coloque el Reconocimiento en el archivo médico del paciente). Appendix E – IBCCP Form (h) Revised July 2015

ESTADO DE ILLINOIS
CORNERSTONE
FORMA DE CONSENTIMIENTO DE CORNERSTONE

Nombre del Participante:

Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____

Hombre Mujer

Fecha de Nacimiento: (Mes/Dia/Año)

Numero de Identificacion del Participante:

Es importante que lea lo siguiente. Si hay algo que no entiende o tiene alguna duda, preguntenos por favor.

Bienvenido al programa Cornerstone, que es un sistema de recopilacion de datos, de una variedad muy amplia de servicios concernientes a la salud, prestados a diferentes individuos. Estos servicios incluyen: WIC (Mujeres, Infantes y Nifios); Vacunas; Manejo de Casos; Cuidado Prenatal y Postparto; Cuidado Pediatrico Primario; Intervencion Temprana; Cancer del Seno y Cancer Cervical; Control de Diabetes; Familias Sanas de Illinois; y Historia de la Salud de la Familia/Su Genetica.

Estamos preguntando por su permiso para recopilar informacion acerca del participante y añadirla al sistema central de computadoras, que el Departamento de Servicios Humanos (IDHS), y el Departamento de Salud Publica mantiene. Basado en la informacion recopilada en los procesos de inscripcion y registro, se determinara si usted debera recibir otros servicios en el futuro. Solo aquellos profesionales del cuidado de la salud que esten autorizados y que tengan necesidad de obtener informacion referente a usted, tendran acceso directo a esta informacion. Esta informacion sera proporcionada para autorizacion de servicio, con el proposito de intervencion y evaluacion de casos. La informacion basica, sin el nombre del participante, sera enviada a las agencias que proveen los fondos para estos programas.

Al firmar esta forma de consentimiento, usted estara de acuerdo que cierta informacion sea recopilada por esta agencia/ clinica. Las personas o persona que recopilan esta informacion, tienen la obligacion legal y etica de mantener esta informacion confidencial y privada, y no proporcionarla a nadie, sin la autorizacion escrita por usted o, a menos que, la ley lo permita.

- A. Yo autorizo DuPage County Health Department (Clinica Cornerstone) a recopilar informacion durante los procesos de inscripcion y registro.
- B. Esta autorizacion cubre toda la informacion medica, social y financiera acerca del participante, incluyendo: antecedentes del participante, informacion demografica; informacion de visitas al proveedor de servicios medicos y desarrollo fisico; historial medico; informacion acerca del cuidado prenatal, parto y postparto; visitas de los infantes o nifios al proveedor de servicios medicos; registro de vacunas; riesgos del participante; problemas o factores que han evitado que el participante obtenga el cuidado medico apropiado; citas y servicios recibidos; metas y planes para la atencion; paquete de alimentos de WIC; informacion del programa; informacion requerida por el Programa Federal de Salud Materna e Infantil; y Intervencion Temprana. Cualquier informacion que usted no quiera que se incluya, debera ser escrita en la parte D de esta forma.
- C. Esta autorizacion tambien cubre la informacion acerca de la salud mental, SIDA, HIV, enfermedades sexuales transmisibles, alcoholismo, y uso de drogas que sea reportada por mi. Entiendo que no es necesario discutir estos asuntos con nadie.
- D. La siguiente informacion es la que no quiero que sea revelada:
- E. Estoy llenando esta forma de consentimiento dentro de los limites de mi autoridad legal. Yo entiendo que puedo anular esta forma de consentimiento, oralmente o por escrito en cualquier momento, pero la anulacion no cancela lo que se haya hecho con la misma antes de que sea anulada. Tambien entiendo y estoy de acuerdo en no hacer responsable al Departamento de Servicios Humanos o al Departamento de Salud Publica de Illinois por cualquier informacion revelada de acuerdo con los terminos descritos en esta forma de consentimiento.
- F. La copia fotostatica/fax, de esta forma de consentimiento es comparable al original.

Para el Nino Participante:

Para el Adulto Participante

O

Firma de los Padres/Guardian Legal/Vigilante/Fecha

Firma del Adulto Participante/Fecha

Firma del Testigo: _____ Fecha