



Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de Montgomery

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER Y TABACO

APLICACIÓN DE EXAMEN DE CÁNCER COLORRECTAL

El Programa de Tabaco y Prevención del Cáncer del Condado de Montgomery ofrece exámenes de detección de cáncer colorrectal sin costo para los residentes elegibles.

Para obtener ayuda, llame al (240) 777-1750.

Además de la solicitud, el solicitante necesita la siguiente información:
--

Debe proporcionar TODOS los elementos marcados para procesar su solicitud. Si tiene alguna dificultad para obtener dicha información, notifique al programa para que podamos ayudarlo. Las solicitudes incompletas no serán procesadas y se determinará que no es elegible.

❑ Comprobante de residencia – PROGRAMA COLORECTAL

Solo uno de los siguientes, a su nombre:

- Arrendamiento actual
- Hipoteca
- Factura de servicios públicos

❑ Comprobante de ingresos del trabajo (ingreso familiar total) – PROGRAMA COLORECTAL

Solo uno de los siguientes:

- Impuestos del año más reciente
- Declaración W-2 más reciente
- Dos talones de pago más recientes
- Carta de derecho al Seguro Social
- Carta notariada del solicitante que indique que el solicitante no está trabajando y no tiene ingresos

❑ Identificación con foto – PROGRAMA DE MAMA, CERVICAL Y COLORECTAL

Solo uno de los siguientes:

- Licencia de conducir de MD
- Tarjeta de identificación médica
- Tarjeta de residente permanente (Green Card), pasaporte, tarjeta de autorización de trabajo

❑ Centro de Atención Médica/Proveedor:

- Notas clínicas/de progreso (más recientes, si corresponde)

Envíe la solicitud completada y firmada y otra documentación:

Correo: Cancer Prevention and Tobacco Program
1401 Rockville Pike 4th floor, Suite 4100
Rockville, MD 20852

Fax: (240) 777-1261

Email: mocowccp@montgomerycountymd.gov

Por favor espere 14 a 21 días hábiles para la revisión de la solicitud y la aprobación.

¿Está interesado en:

☐ Colon

☐ Navegación del paciente de colorrectal

Información del paciente:

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del Segundo nombre: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Número de Seguro Social: _____

Dirección: _____ Apartamento/Cuarto/Unidad#: _____

Ciudad: _____ Condado: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: Casa(____)____-____ Trabajo(____)____-____ Teléfono móvil(____)____-____

El mejor número para llamar (____)____-____

Texto: ☐ Sí ☐ No Número: (____)____-____

Email: ☐ Sí ☐ No Dirección del correo electrónico: _____

Género: ☐ Hombre ☐ Mujer

Etnicidad: ☐ Latina Negra/Hispana ☐ Latina Blanca/Hispana ☐ No Hispana ☐ Desconozco

Raza: (Marque todo lo que aplica) ☐ Indio Americano/Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro/Afro Americano
☐ Hawaiano/Otro Isleño del Pacífico ☐ Blanco/Caucásico ☐ Desconozco ☐ Otra, especificar _____

Nivel de Educación: (Nivel más alto) ☐ No escuela secundaria ☐ Alguna escuela secundaria
☐ Graduado de secundaria ☐ Mayor que la secundaria ☐ Desconozco

Estado Civil: ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Separado ☐ Nunca Casado
☐ Pareja de una pareja soltera ☐ Desconozco

Sí está casado, el nombre completo del cónyuge: _____

Idioma principal/preferido: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Francés ☐ Chino ☐ Otro, especificar _____

País de nacimiento: _____

¿Necesitará un intérprete? ☐ Sí ☐ No En caso de que sí, en qué idioma: _____

¿Tiene alguna necesidad o discapacidad de la que deberíamos saber? ☐ No

☐ Sí, marque todo lo que corresponda de la lista a continuación:

- ☐ La Discapacidad Auditiva ☐ Discapacidad del Habla ☐ Discapacidad de Aprendizaje ☐ Invalidez Física
☐ Acceso para Discapacitados ☐ Cuidado de Niños/Cuidado de Ancianos ☐ Necesita ayuda para hacer citas
☐ Transporte ☐ Otra, especificar _____

Formulario de Evaluación. Programa de Prevención de Cáncer y Tabaco del Condado de Montgomery

Información de contacto en caso de emergencia (persona de contacto si no podemos comunicarnos con usted)

Apellido: _____ Nombre: _____ Relación con usted: _____

Teléfono: Casa (____) _____ - _____ Trabajo (____) _____ - _____ Teléfono móvil(____) _____ - _____

Información del hogar

Número de personas en el hogar: _____ (incluye usted, su cónyuge y sus dependientes)

Ingresos Anuales: \$ _____ (Los ingresos incluyen: empleo, Seguro Social, por discapacidad, por desempleo, ingreso de inversión, etc. Si está casado, debe incluir el salario de su esposo.)

Si no tiene ingresos, explique cómo se mantiene: _____

Proveedor de Atención Médica/Médico/Clínica e Información sobre Seguros de Salud

¿Tiene un proveedor de atención médica? / médico/clínica: ☐ Sí ☐ No/Desconozco

Nombre de Proveedor de atención médica/Médico/Clínica: _____

Dónde/Ubicación: _____

Número de teléfono del proveedor de atención médica/Médico/Clínica: (____) _____ - _____

Navegador de pacientes: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Dirección del correo electrónico: _____

Está cubierto por un seguro de salud: ☐ Sí ☐ No ☐ Desconozco

En caso de que sí, tipo de seguro de salud:

☐ Medicare- Tipo A ☐ Medicare- Tipo A y B ☐ Medicare- Tipo desconocido ☐ Medicaid/Asistencia Médica

☐ Privado/Comercial (HMO/PPO) ☐ PAC ☐ Otro

En caso de que sí, debe adjuntar a este formulario una copia del frente y de atrás de su tarjeta de seguro..

¿Cómo se enteró de este programa de detección del cáncer? (marque todo lo que corresponda)

☐ Evento Comunitario ☐ Otro proveedor de atención médica ☐ Doctor ☐ Amigo ☐ Familia ☐ Correo

☐ Cartelera ☐ Iglesia ☐ Artículo de revista ☐ Folleto ☐ Periódico ☐ Medios de comunicación social ☐ Póster

☐ Televisión ☐ Internet ☐ Radio ☐ Desconozco

☐ Agencia comunitaria, especificar: _____

☐ Programa local (distinto del Programa de Cáncer y tabaco), especificar: _____

☐ Otra, especificar: _____

¿Alguna vez ha sido examinado o recibido tratamiento para el cáncer de colon, oral, piel, próstata, seno o cuello uterino por algún programa de salud pública de Maryland?

☐ No ☐ Desconozco

☐ Si, especificar condado(s): _____

Historial Médico Personal

¿Tiene o alguna vez ha tenido alguna de las siguientes enfermedades/afecciones?:

(marque todo lo que corresponda)

Alergias: ☐ Si ☐ No ☐ Desconozco

Diabetes: ☐ Si ☐ No ☐ Desconozco

Azúcar alta en la sangre: ☐ Si ☐ No ☐ Desconozco

Enfermedad del corazón: ☐ Si ☐ No ☐ Desconozco

Alta presión sanguínea: ☐ Si ☐ No ☐ Desconozco

Problemas de riñón: ☐ Si ☐ No ☐ Desconozco

Enfermedad pulmonar: ☐ Si ☐ No ☐ Desconozco

Otro: ☐ Si ☐ No ☐ Desconozco

En caso de que si, tipo/tipo de enfermedad/condición: _____

Cualquier tipo de cáncer: ☐ Si ☐ No ☐ Desconozco

(no incluye seno/cervical/colon)

En caso de que si, tipo de cáncer: _____

Fecha de diagnóstico: _____

Cualquier tipo de cirugía: ☐ Si ☐ No ☐ Desconozco

En caso de que si, tipo de cirugía: _____

¿Alguna vez ha usado tabaco en alguna forma?

☐ Si (continúe esta sección) ☐ No (no siga) ☐ Desconozco (no siga)

¿Actualmente usa tabaco? ☐ Si ☐ No ☐ Desconozco

En caso de que si, verifique todos los productos utilizados:

☐ Cigarrillo ☐ Tubo ☐ Cigarro ☐ Escupir tabaco (rapé, mascar, etc.)

¿Ha fumado 100 o más cigarrillos a lo largo de su vida?

☐ Si ☐ No (no siga) ☐ Desconozco

¿En caso de que si, a qué edad fumaste por primera vez?

Edad: _____ ☐ Desconozco

¿Si dejó de fumar, a qué edad dejó de fumar?

Edad: _____ ☐ Desconozco

Número promedio de paquetes de cigarrillos que fumaba cada día (20 cigarrillos por paquete): _____

Medicamentos: (enumere cualquiera que está tomando actualmente) _____

Historia Personal y Familiar de Colón; Prueba de Detección de Cáncer de Colon

Está interesado en la detección del cáncer de colon: ☐ No (ir a la siguiente sección)

☐ Si (marque todo lo que corresponda en esta sección)

¿Tiene o alguna vez ha tenido alguna de las siguientes enfermedades/afecciones?: (marque todo lo que corresponda)

Cáncer colorrectal: ☐ Si ☐ No ☐ Desconozco

En caso de que si, fecha de diagnóstico: _____

Pólipo colorrectal: ☐ Si ☐ No ☐ Desconozco

En caso de que si, fecha de diagnóstico: _____

Historia de la Enfermedad Intestinal Inflamatoria: ☐ Si ☐ No ☐ Desconozco

Radiación Pélvica: ☐ Si ☐ No ☐ Desconozco

¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas? (marque todo lo que corresponda)

Dolor en la zona abdominal baja: ☐ Si ☐ No ¿Si es así, por cuánto tiempo? _____

Sangre roja brillante por el recto, heces con sangre: ☐ Si ☐ No

Cambio marcado en los hábitos intestinales ☐ Si ☐ No

Pérdida de peso inexplicable: ☐ Si ☐ No ¿Si es así, por cuánto tiempo? _____

Otros síntomas gastrointestinales: _____

¿Ha sido examinado previamente para detectar cáncer colorrectal? ☐ Si (marque todo lo que corresponda) ☐ No ☐ Desconozco

☐ Sigmoidoscopia Fecha _____ Dónde _____ Resultados _____

☐ Colonoscopia Fecha _____ Dónde _____ Resultados _____

☐ Enema de Bario Fecha _____ Dónde _____ Resultados _____

Otra prueba (especificar): _____ Fecha _____ Dónde _____ Resultados _____

Información para su cita

Marque los mejores días y horarios para su cita.

Lunes: ☐AM ☐PM

Martes: ☐AM ☐PM

Miércoles: ☐AM ☐PM

Jueves: ☐AM ☐PM

Viernes: ☐AM ☐PM

Comentarios: _____

Mi firma a continuación afirma que la información proporcionada aquí es verdadera según mi leal saber y entender.
Entiendo que proporcionar información falsa a sabiendas puede resultar en cancelar mi participación en el programa.

Firma: _____ Fecha: _____



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR/RECIBIR INFORMACIÓN

Utilice un formulario distinto para cada persona, programa, organización o centro con el que se pueda compartir información.
Escriba en computadora o con letra imprenta de la forma más clara y completa posible.

1 Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

2 Por la presente, autorizo y solicito a la siguiente parte a ☐ divulgar ☐ recibir información

Nombre de la persona, programa, organización o centro

Dirección

3 ☐ a ☐ de la siguiente parte _____

Nombre de la persona, programa, organización o centro

Dirección

4 La siguiente información (**ESCRIBA SUS INICIALES** en todos los puntos incluidos en esta autorización):

____ Confirmación de recibo deservicios

____ Registro completo del programa (incluye todos los elementos a continuación):

____ Evaluación de admisión ____ Plan de tratamiento ____ Notas sobre el progreso ____ Diagnóstico

____ Antecedentes/examen físico ____ Resultados del laboratorio ____ Resumen del servicio/alta

____ Medicamentos ____ Vacunas ____ Información de identificación

____ Registros de facturación ____ Fotografías o videos digitales u otras imágenes

____ Salud mental ____ Registros de otros proveedores incluidos en el expediente del programa

____ Otros (especifique) _____

____ Registros de tratamiento por alcohol o drogas (**requiere autorización específica**). Especifique a continuación.

____ Registro completo ____ Resultados/antecedentes de evaluación ____ Plan de tratamiento/servicio
Progreso/cumplimiento

____ Otros (especifique) _____

5 La divulgación es para el(los) siguiente(s) propósito(s) (marque todo lo que corresponda):

☐ Solicitud del paciente ☐ Tratamiento/ atención continua ☐ Revisión de la atención actual

☐ Pago ☐ Solicitud de seguro ☐ Legal

☐ Otros (explique) _____

6 Esta autorización es válida por un año a partir de la fecha en que se firma el formulario, a menos que indique una fecha o evento anterior (*debe ocurrir antes del año a partir de la fecha de mi firma*) aquí:

Hasta la fecha: _____ ☐ hasta un evento específico: _____

7 Entiendo que:

- a. Al firmar este formulario, autorizo a que la información de salud detallada en la sección 4 se comparta entre la parte nombrada en la sección 2 y la parte nombrada en la sección 3.
- b. Puedo anular esta autorización en cualquier momento escribiéndole(s) a la(s) persona(s), programa(s), organización(es) o centro(s) autorizado(s) para divulgar la información. Si se ha autorizado a más de una persona, programa, organización o centro a divulgar información, se debe enviar una solicitud de anulación por escrito a cada una de las partes.
- c. Si una persona, programa, organización o centro ya ha divulgado información de salud basada en esta autorización, anularla solo evitará que la parte a la que se le envió la anulación por escrito la divulgue en el futuro.
- d. Mi tratamiento, el pago de mi tratamiento, la inscripción o elegibilidad para servicios/beneficios no pueden estar condicionados por la firma de esta autorización, a menos que se requiera autorización para determinar el acceso a servicios/beneficios.
- e. La información divulgada puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no estará protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA, en inglés).

8 Firma del paciente _____ Fecha _____

Padre/madre o representante personal _____ Fecha _____

Firma (*si corresponde*)

Si está firmado por el padre/la madre o representante, indique la relación con el paciente

☐ Padre/madre de hijo menor de edad ☐ Tutor ☐ Representante autorizado

☐ Otros _____

AVISO

Toda persona, programa, organización o centro que reciba información de conformidad con este comunicado tiene prohibido volver a divulgar la información sin el consentimiento expreso y por escrito del paciente. La información divulgada se puede utilizar únicamente para los fines mencionados anteriormente.

Si la información divulgada conforme a esta autorización contiene información relacionada con el tratamiento por abuso de alcohol o drogas, el diagnóstico de abuso de alcohol o drogas, o cualquier derivación por tratamiento por abuso de alcohol o drogas, la parte 2 del título 42 del Código de Regulaciones Federales (CFR, en inglés) prohíbe la divulgación no autorizada de estos registros.

Cualquier facsímil, copia o fotocopia de la autorización lo autorizará a divulgar los registros solicitados.

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DEL CONDADO DE MONTGOMERY
Programa de Detección del Cáncer y Educación sobre el Uso del Tabaco
Exámenes Colorrectal
Formulario de Consentimiento del Cliente

El Programa de Detección del Cáncer y Educación sobre el Uso del Tabaco del Condado de Montgomery está financiado por el Departamento de Salud de Maryland (MDH, por sus siglas en inglés), por el Centro de Prevención y Control del Cáncer, y/o por los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés).

Nombre (en letra de imprenta): _____ Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA) ____/____/____

Declaro que el Programa de Detección del Cáncer y Educación sobre el Uso del Tabaco del Condado de Montgomery me ha brindado información sobre los exámenes de detección del cáncer.

Prestación de servicios

Autorizo que el Programa de Detección del Cáncer y Educación sobre el Uso del Tabaco del Condado de Montgomery:

- Me ayude a tener acceso a los exámenes de detección del cáncer y consultas de seguimiento, servicios de manejo de casos, y/o a los servicios de navegación para pacientes para:

Marque "Sí" o "No":

Cáncer colorrectal

__Sí__No

Estoy consciente de que el Programa de Detección del Cáncer y Educación sobre el Uso del Tabaco del Condado de Montgomery pudiera no detectar el cáncer, incluso si lo padezco. Si fuera necesario someterme a más pruebas o tratamientos que no estuvieran cubiertos por mi seguro, el Programa de Detección del Cáncer y Educación sobre el Uso del Tabaco del Condado de Montgomery me asesorará para acudir a otros programas, como el Programa de Asistencia Médica de Maryland, el Intercambio de Beneficios de Salud de Maryland y otros programas que podrían asumir los costos de todos o de una parte de los tratamientos y las pruebas adicionales. Doctores y hospitales pudieran cobrarme por los servicios si no se pudiera encontrar otra manera de pagarlos. [Entiendo que el Programa de Detección del Cáncer y Educación sobre el Uso del Tabaco del Condado de Montgomery pagará los servicios del tratamiento, siempre y cuando yo sea elegible y haya fondos disponibles.]

Autorización para la divulgación de expedientes médicos

Autorizo que el Programa de Detección del Cáncer y Educación sobre el Uso del Tabaco del Condado de Montgomery:

- Obtenga mi información médica;
- Divulgue mi información médica; y
- Ayude a evaluar los servicios recibidos.

Autorizo a doctores y demás proveedores médicos (así como a hospitales y laboratorios) a compartir los resultados de estudio(s), prueba(s) de laboratorio, biopsia(s), tratamiento(s) y/u hospitalización(es) que se me hayan hecho y que tengan relación con el examen de detección, el diagnóstico y el tratamiento de cáncer, con el Programa de Detección del Cáncer y Educación sobre el Uso del Tabaco del Condado de Montgomery.

Autorizo también a doctores y demás proveedores médicos a compartir estos datos con el Programa de Detección del Cáncer y Educación sobre el Uso del Tabaco del Condado de Montgomery, cuando se determine que la detección, la elaboración del diagnóstico y el inicio del tratamiento (o del ciclo de servicios) ha sido completado, incluso si yo soy elegible para el Programa de Asistencia Médica de Maryland o para otro seguro de salud, y el Programa de Detección del Cáncer y Educación sobre el Uso del Tabaco del Condado de Montgomery deja de pagar por estos servicios. Autorizo a doctores y demás proveedores médicos a compartir información sobre mi historial clínico en relación con los resultados de estudios **anteriores**, diagnósticos y tratamientos para el cáncer con el Programa de Detección del Cáncer y Educación sobre el Uso del Tabaco del Condado de Montgomery.

Autorizo también al Programa de Detección del Cáncer y Educación sobre el Uso del Tabaco del Condado de Montgomery a compartir la información con el MDH, con los administradores de datos del MDH, y con otros programas para el tratamiento del cáncer financiados por el MDH, a fin de garantizar su calidad, que se efectúe un control de calidad, y para otros propósitos relacionados con el manejo del programa. Autorizo también al Programa de Detección del Cáncer y Educación sobre el Uso del Tabaco del Condado de Montgomery para compartir estos datos, sin mi nombre o dirección, con el CDC y con su administrador de datos, si los servicios prestados están financiados por el CDC. Entiendo que toda la información compartida con el Programa de Detección del Cáncer y Educación sobre el Uso del Tabaco del Condado de Montgomery, con MDH y/o con el CDC será usada con la finalidad de proporcionarme un buen tratamiento médico, y de:

- Asegurar que yo reciba los exámenes de detección del cáncer, diagnósticos y tratamientos apropiados;
- Evaluar los tratamientos que reciba; y
- Utilizar información relacionada al examen de detección y tratamientos que se me realicen, para manejar y evaluar el programa.

Entiendo también que para que se me efectúen las pruebas médicas más efectivas y para que reciba la mejor atención médica, el Programa de Detección del Cáncer y Educación sobre el Uso del Tabaco del Condado de Montgomery podría entregar el expediente a mi médico particular, o a otro médico o proveedor de atención médica, o a otro programa de tratamiento para el cáncer financiado por MDH en Maryland, si solicito tratamiento en otra jurisdicción. Al firmar este formulario de consentimiento, doy mi consentimiento para que estos datos sean compartidos tal y como se indica en este párrafo.

Entiendo que si participo en el Programa de Detección del Cáncer y Educación sobre el Uso del Tabaco del Condado de Montgomery, esto no implica que el Programa de Detección del Cáncer y Educación sobre el Uso del Tabaco del Condado de Montgomery sea mi médico de cabecera o mi proveedor de atención médica. Excepto en el caso de la divulgación de información que he autorizado en este formulario de consentimiento, toda información proporcionada al Programa de Detección del Cáncer y Educación sobre el Uso del Tabaco del Condado de Montgomery, al MDH y a su administrador de datos, al CDC y a su administrador de datos, o a otros programas para el tratamiento del cáncer financiados por el MDH, será confidencial y no podrá ser divulgada nuevamente, excepto como lo permite o requiere la Ley Federal, o las leyes del Estado de Maryland.

Estoy consciente de que puedo solicitar una copia de mi expediente médico. Estoy de acuerdo con que este consentimiento para obtener y compartir información médica tendrá vigencia mientras yo esté participando en el Programa de Detección del Cáncer y Educación sobre el Uso del Tabaco del Condado de Montgomery, o durante un año, siendo dicha vigencia la del período más corto. Puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento dirigiéndome por escrito al Programa de Detección del Cáncer y Educación sobre el Uso del Tabaco del Condado de Montgomery. Estoy consciente de que la información proporcionada bajo este consentimiento se mantendrá archivada durante al menos 10 años para los fines descritos en este documento.

Requisitos de participación

Entiendo que para poder administrar el programa de manera efectiva y garantizar que los servicios se ofrezcan a la persona correcta, el Programa de Detección del Cáncer y Educación sobre el Uso del Tabaco del Condado de Montgomery podría solicitar mi número del seguro social (SSN, por sus siglas en inglés). El Programa de Detección del Cáncer y Educación sobre el Uso del Tabaco del Condado de Montgomery utilizará mi SSN: (1) como un identificador, para asegurarse de que el expediente médico en tránsito de o para un médico, laboratorio u hospital es realmente mío; y (2) para verificar si participo o no en el Programa de Asistencia Médica de Maryland, de modo que los fondos no se empleen en alguien que no haya sido elegible por el Programa de Detección del Cáncer y Educación sobre el Uso del Tabaco del Condado de Montgomery. Entiendo que *no* estoy obligado a proporcionar mi SSN y que, si no lo hago, puedo todavía obtener los servicios del Programa de Detección del Cáncer y Educación sobre el Uso del Tabaco del Condado de Montgomery, siempre y cuando cumpla con los requisitos de elegibilidad del Programa de Detección del Cáncer y Educación sobre el Uso del Tabaco del Condado de Montgomery.

Estoy consciente de que si hubiera algún cambio en mis ingresos familiares, en mis beneficios de seguro médico y/o mi domicilio, deberé notificarlo al Programa de Detección del Cáncer y Educación sobre el Uso del Tabaco del Condado de Montgomery inmediatamente. **No hacer la notificación sobre los cambios en mis ingresos familiares, en mis beneficios del seguro médico y/o mi domicilio al Programa de Detección del Cáncer y Educación sobre el Uso del Tabaco del Condado de Montgomery, puede resultar en mi exclusión del programa y me haría responsable del pago de los servicios.**

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBAS DE CORONAVIRUS (COVID-19)
- SOLO COLORECTAL

Por favor lea atentamente el siguiente consentimiento informado:

- a. Entiendo que se requerirá que me haga la prueba de COVID-19, puede ser necesario de 3 a 4 días antes de mi procedimiento quirúrgico.
- b. Autorizo que se compartan los resultados de mi prueba con el Programa de Detección del Cáncer y Educación sobre el Uso del Tabaco del Condado de Montgomery para que se realice mi colonoscopia
- c. Entiendo que si la prueba es positiva, mi colonoscopia será reprogramada y me pondré en aislamiento de acuerdo con las directrices establecidas por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades
- d. Entiendo que recibir esta prueba no reemplaza el tratamiento de mi proveedor médico. Asumo la responsabilidad completa y total de tomar las medidas pertinentes con respecto a los resultados de mi prueba. Estoy de acuerdo y buscaré consejo médico, atención y tratamiento de mi proveedor médico, si tengo preguntas o inquietudes, o si mi condición empeora.

Nombre (en letra de imprenta): _____ Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA) ____/____/____

Firma del cliente: _____ Fecha: ____/____/____

Firma del testigo: _____ Date: ____/____/____



ACUSE DE RECIBO DE HIPAA Y FORMA DE DESIGNACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL CLIENTE

I. Acuse de recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad del Departamento:

Al firmar con mi nombre abajo, reconozco que me han proporcionado una copia del Aviso de las Prácticas de Privacidad (NOPP, por sus siglas en inglés) y que leí (o tuve la oportunidad de leer) y entendí el Aviso de las Prácticas de Privacidad (NOPP) y estoy de acuerdo con sus términos.

Nombre del cliente

Fecha de nacimiento

Firma del cliente, padre o guardián

Fecha

II. Denominación de ciertos familiares, amigos cercanos y otros cuidadores como mi representante personal:

Estoy de acuerdo con que el departamento divulgue cierta información de mi salud al Representante Personal de mi elección, ya que esa persona está involucrada con mi cuidado médico o pagos relacionados al mismo. En ese caso, DHHS divulgará sólo la información que es directamente relevante para la persona que se involucra con mi cuidado médico o con el pago relacionado con el mismo.

Escriba nombre: _____ Últimos cuatro dígitos del NSS u otra identificación: _____ Escriba
 Nombre: _____ Últimos cuatro dígitos del NSS u otra identificación: _____ Escriba
 Nombre: _____ Últimos cuatro dígitos del NSS u otra identificación: _____ Escriba

III. Solicitud para recibir comunicación confidencial por medios alternativos:

Tal como lo establece la Norma de Privacidad Sección 164.522(b), solicito que DHHS haga todas las comunicaciones conmigo por medios alternativos o en las ubicaciones que enlisto abajo.

Número de teléfono de casa:

_____ Está bien que deje mensaje con información detallada
 _____ Sólo deje mensaje con número al cual llamar

Dirección para comunicación escrita:

_____ Está bien que envíe correo a la dirección de arriba
 _____ Envíe correo electrónico a: _____

Número de teléfono celular o móvil:

_____ Está bien enviar mensaje de texto con información
 _____ Sólo deje mensaje con número al cual llamar

Comunicación por fax:

_____ Está bien enviar fax al número de arriba
 _____ Envíe correo electrónico a: _____

Número de teléfono del trabajo:

_____ Está bien enviar mensaje de texto con información
 _____ Sólo deje mensaje con número al cual llamar

Otro: _____

1. Las autorizaciones previas fueron hechas de forma voluntaria y puedo negarme a estar de acuerdo con sus términos sin que se afecte ninguno de mis derechos de recibir cuidado de salud en el Departamento.
2. Estas autorizaciones se pueden revocar en cualquier momento al notificar al Departamento por escrito, a su dirección de correo, con atención a "HIPAA Privacy Officer."
3. La revocación de esta autorización no tendrá ningún efecto en divulgaciones que se llevaron a cabo previo a la ejecución de cualquier revocación.
4. Puedo ver y copiar la información descrita en esta forma, si la pido, y puede obtener una copia de esta forma después de que la firme.
5. Llené esta forma completamente antes de que la firmara y que reconociera que se contestaron todas mis preguntas a mi satisfacción, que entendí completamente esta forma de autorización y que recibí una copia firmada.
6. Esta autorización es válida a partir de la fecha en la que firmé abajo y debe mantenerse válida hasta que se cambie o sea revocada.

Nombre del cliente (Letra de molde)

Firma del Cliente

Fecha

¿POR QUÉ DEBES UTILIZAR LA LÍNEA DIRECTA 1-855-DEJELO-YA PARA DEJAR DE FUMAR DE MARYLAND?

Es GRATIS.

Es CONFIDENCIAL.

FUNCIONA.

- Todos los servicios y materiales proporcionados por la Línea para dejar de fumar son GRATIS.
- Respetamos tu privacidad y no te juzgaremos. Muchos de nuestros entrenadores Quit Coaches™ fumaban. Estamos aquí para ayudarte a vivir una vida más sana.
- Podemos ayudarte a dejar de fumar cualquier tipo de tabaco: cigarrillos, tabacos y tabaco sin humo. Incluso podemos darte información para que ayudes a esa persona por quien te preocupas, para que deje de fumar.
- Estamos aquí cuando nos necesites. Una persona de verdad contestará el teléfono.
- **oae 10:** ayudarte. Las personas que nos

llaman tienen más éxito en dejar de fumar.

LLAMA

hoy mismo a la Línea directa de Maryland para dejar de fumar.

PIDE AYUDA

tienes que hacer cambios.

24 horas al día. **7** días a la semana.

DEJELO YA

y comienza a disfrutar de ser una persona más saludable.

SmokingStopsHere.com

1-855-DEJELO-YA
1-855-335-3569

Teléfono de texto: 1-877-777-6534
www.smokingstopshere.com

Escanea este

MARYLAND

código para

Department of Health

Maryland's

1-855



DEJELO-YA

SmokingStopsHere.com

PUEDES

DEJARLO

LÍNEA DIRECTA PARA DEJAR
DE FUMAR DE MARYLAND

maryland's

1-855



DEJELO-YA





¡NOSOTROS LO DEJAMOS,
Y TÚ TAMBIÉN PUEDES!

VISITA WWW.SMOKINGSTOPSHERE.COM



LA LINEA DIRECTA PARA DEJAR DE FUMAR DE MARYLAND:

UN PROGRAMA GRATUITO QUE TIENE COMO
PROPÓSITO AYUDAR A LOS RESIDENTES DE
MARYLAND PARA QUE DEJEN DE FUMAR...

... ¡PARA SIEMPRE!

La línea directa de Maryland
para dejar de fumar te ayudará a:

- Descubrir los beneficios de dejar de fumar.
- Establecer una fecha para dejar de fumar y hacer un plan adecuado para ello.
- Mantenerse en el plan dandote consejos para ayudarte con tu ansiedad.
- Conocer más los medicamentos que te pueden ayudar a dejar de fumar.
- Buscar clases locales u otro tipo de ayuda.

Cuando te inscribas, programaras los horarios
que te sean cómodos para hablar con un
entrenador de Quit Coach™.

CÓMO DEJAR DE FUMAR GRATIS

Llama al 1-855-DEJELO-YA
(1-855-335-3569) para hablar con un
entrenador de Quit Coach™ en vivo
y en directo 24 horas al día, los 7 días
de la semana. Se dan consejos en
inglés, en español y en otros idiomas.

Vaya a www.smokingstopshere.com
para obtener más información. Haz
clic en el botón "Inscribirme en línea
ahora" para el programa de
entrenador Web Coach™ y encuentra
las herramientas y ayuda en línea
que te brindan nuestros entrenadores,
Quit Coaches™.*

e

Ayuda por escrito - cuando
utilizas nuestro programa telefónico
o en línea, también puedes inscribirte
para recibir mensajes de texto y
brindarte ayuda adicional, ánimo y
consejos.*

Correo - Te enviaremos guías con
consejos útiles para ti o para una
persona por quien te preocupas,
y que quiere dejar de fumar.

O

Y más - Mientras nos sea posible
probablemente podremos enviarte los
parches o chicles de nicotina a tu
casa!*



¿TIENES ENTRE 13 Y 17 AÑOS? -

Hay servicios disponibles
GRATIS, llama al
1-855-DEJELO-YA.

- Nuestros entrenadores de jóvenes, Youth Quit Coaches™ te ayudarán a hacer un programa para dejar de fumar definitivamente.
- Todas las llamadas son privadas. Si quieres, te podemos enviar guías para ayudarte a dejar de fumar.



¿EMBARAZADA?

Te ayudaremos a dejar
de fumar durante el
embarazo y que después
de que nazca el bebé no
vuelvas a fumar.

- Nuestro programa gratuito incluye asesoramiento por parte de nuestros entrenadores Quit Coaches™, guías por correo, y en línea ya través de mensajes de texto.*

*El precio de los servicios de telefonía móvil puede variar en función de la zona geográfica y del operador de telefonía móvil. El precio de los servicios de telefonía móvil puede variar en función de la zona geográfica y del operador de telefonía móvil.

LLAMADA O UN CLIC. ESCOGE LA COMBINACION
DE SERVICIOS QUE TE SEAN MÁS ADECUADOS.