



## 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 4<sup>th</sup> floor, Suite 4100

Rockville, MD 20852

Fax: (240) 777-1261

Email: [mocowccp@montgomerycountymd.gov](mailto:mocowccp@montgomerycountymd.gov)

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

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

(Revisado: 05/30/2025)

¿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  MujerEtnicidad:  Latina Negra/Hispana  Latina Blanca/Hispana  No Hispana  DesconozcoRaza: (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  DesconozcoEstado 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 medica 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  DesconozcoDiabetes:  Si  No  DesconozcoAzúcar alta en la sangre:  Si  No  DesconozcoEnfermedad del corazón:  Si  No  DesconozcoAlta presión sanguínea:  Si  No  DesconozcoProblemas de riñón:  Si  No  DesconozcoEnfermedad pulmonar:  Si  No  DesconozcoOtro:  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: \_\_\_\_\_

**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  DesconozcoRadiación 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  NoCambio marcado en los hábitos intestinales  Si  NoPérdida 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 Barrio 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(s) 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: \_\_\_\_\_ O 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, parent 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 enlista 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

IPOR QUE DEBES UTILIZAR LA LINEA DIRECTA 1-855-DEJELO-YA PARA DEJAR DE FUMAR DE MARYLAND?

**Es GRATIS.**  
**Es CONFIDENCIAL.**  
**FUNCIONA.**

- Todos los servicios y materiales proporcionados por la linea para dejar de fumar son GRATIS.
- Respetamos tu privacidad y no te juzgaremos. Muchos de nuestros entrenadores Quit Coaches™ fuman . Estamos aqui para ayudarte a vivir una vida mas sana.

- Podemos ayudarte a dejar de fumar cualquier tipo de tabaco: cigarrillos, tabacos y tabaco sin humo. Incluso podemos darte informaci6n para que ayudes a esa persona por quien te preocupas, para que deje de fumar.

- Estamos aqui cuando nos necesites. Una persona de verdad contestar6 el telefono.

- **oae 10:** ayudarte. Las personas que nos

llaman tienen mas exito en dejar de fumar.

## LLAMA

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

## PIDE AYUDA

tienes que hacer cambios.

**24** horas al dia. **7** dfas a la semana.

## DEJELO YA

y comienza a disfrutar de ser una persona mas saludable.

*SmokingStopsHere.com*

**1-855-DEJELO-YA**

**1-855-335-3569**

Telefono de texto: 1-877-777-6534

[www.smokingstopshere.com](http://www.smokingstopshere.com)



Escanea este

código para

MARYLAND

Department of Health

Maryland's

1-855  DEJELO-YA

[SmokingStopsHere.com](http://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](http://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 linea directa de Maryland  
para dejar de fumar te ayudara a:**

- Descubrir los beneficios de dejar de fumar.
- Establecer una fecha para dejar de fumar y hacer un plan adecuado para ti.
- Mantenerte en el plan dandote consejos para ayudarte con tu ansiedad.
- Conocer mas 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

**Llamar** 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](http://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™.\*

**Ayuda por escrito** - cuando utilizas nuestro programa telefónico o en línea, también puedes inscribirte para recibir mensajes de texto y brindarte ayuda adicional, 6nimo 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 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.**



## 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 trozos de mensajes de texto.\*

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

www.santander.com.ar