

|                                    |        |                     |                     |
|------------------------------------|--------|---------------------|---------------------|
| Contratista o Ubicación de Clínica |        | Fecha de Nacimiento | Edad                |
| Apellido                           | Nombre | Segundo Nombre      | Apellido de Soltera |

**INSTRUCCIONES AL CLIENTE:** Por favor lea esta pagina cuidadosamente y marque las casillas que correspondan antes de firmar al final. Por favor escoja el cuadrado izquierdo o derecho para completar. Todos los clientes deben de leer y firmar la parte inferior del formulario.

**Me estoy inscribiendo en Servicios Clínicos con el Programa Well Woman HealthCheck y entiendo lo siguiente:**

- WWHP es un programa que:
  - Paga por pruebas con fin de evaluar y diagnosticar cáncer de mama y cuello uterino
  - Me ayudara a pasar por el sistema de asistencia medica para obtener los mejores resultados posibles de la salud de mama y cuello uterino
  - No paga por pruebas ni cuidados que no estén relacionados con encontrar cáncer de mama o cuello uterino
  - No paga por algunas pruebas
  - **No paga por NINGUN tratamiento de cáncer**
- He hablado con alguien en esta clínica y entiendo las opciones disponibles para mi si cáncer es diagnosticado. Entiendo que pueda tener que pagar por algunas pruebas y tratamiento que WWHP no paga.
- No tengo AHCCCS, Medicare, u otro seguro medico que vaya a pagar por estas pruebas o mi seguro medico tiene un deducible o copago que no puedo costear. Entiendo que si tengo seguro medico y cubre tratamiento de cáncer, no seré elegible para el Programa de Tratamiento de Cáncer de Mama y Cuello Uterino de Arizona (BCCTP) si se me diagnostica con cáncer de mama o cuello uterino.

**Me estoy inscribiendo en Coordinación de Cuidado con el Programa Well Woman HealthCheck y entiendo lo siguiente:**

- El programa de Coordinación de Cuidado me ayudara a pasar por el sistema de asistencia medica para obtener los mejores resultados posibles de la salud de mama y cuello uterino. Esto puede incluir ayuda con:
  - Enseñanza sobre donde ir a inscribirse para un seguro medico
  - Educación sobre las pruebas de evaluación de salud
  - Entender los resultados de pruebas
  - Programación de citas
- El programa de Coordinación de Cuidado:
  - Provee coordinación de cuidado para citas de mama y cuello uterino
  - No paga por las pruebas ni visitas a la clínica
  - **No paga por NINGUN tratamiento de cáncer**
- He hablado con alguien de esta clínica y entiendo que mi seguro medico va a cubrir los servicios clínicos de la mama y cuello uterino. El servicio de coordinación de cuidado no le cobrara a mi seguro medico y está disponible sin costo para mi.

**También entiendo lo siguiente:**

- WWHP se fija en mi información de salud de mama y de cuello uterino. Esto puede incluir: nombre, edad, ingresos, estado de seguro, resultados de pruebas, antecedente médico personal y familiar. Toda información obtenida por el programa es usada para ayudar a mejorar la salud de todas las mujeres.
- Mi proveedor, clínica, hospital, laboratorio, y centro de mamografía pueden compartir mi información con: \_\_\_\_\_ y WWHP. (Contratista de WWHP)
- Puede que reciba cartas en el correo para recordarme cuando sea tiempo de regresar a mi clínica para pruebas o tratamiento.
- Entiendo que si tengo seguro medico y cubre tratamiento de cáncer, no seré elegible para el Programa de Tratamiento de Cáncer de Mama y Cuello Uterino de Arizona (BCCTP) si me diagnostican con cáncer de mama, cáncer de cuello uterino, o pre-cáncer de cuello uterino.
- Toda la información que le he dado a la clínica es cierta por lo que se. Si le digo algo a la clínica que no es cierto, puede que tenga que pagar por cualquier prueba hecha por el WWHP y puede que no sea elegible para el Programa de Tratamiento de Cáncer de Mama y Cuello Uterino de Arizona (BCCTP) si me diagnostican con cáncer de mama o cuello uterino.
- Tengo el derecho de dejar el programa en cualquier momento. Si no quiero formar parte del WWHP, le informarme a mi proveedor de asistencia medica por escrito y se me retirara del programa. Entiendo que cualquier información compartida antes de mi salida del programa será mantenida por el WWHP. Toda información es guardada en privado.
- El WWHP es dirigido por el Departamento de Servicios de Salud de Arizona (ADHS).

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Iniciales del empleado de WWHP \_\_\_\_\_