

Departamento de Salud Tri-County  
 Autorización para el Programa Bienestar de Peak

Por medio de la presente, yo \_\_\_\_\_, autorizo al personal médico del Departamento de Salud Tri-County para examinarme, atenderme y aconsejarme. La información de salud que yo les dé se mantendrá privada.

**Para la revisión de cáncer de seno y/o cervical, entiendo y estoy de acuerdo con lo siguiente:**

1. Entiendo que existen ciertos peligros y riesgos asociados con todo tipo de tratamiento y cuidado médico y que este análisis podría no indicar si padezco algún problema de salud.
2. Estoy de acuerdo con recibir los siguientes servicios que son gratis para mí y son pagados por Women's Wellness Connection:
  - Estoy de acuerdo que se me haga un análisis clínico de los senos para detectar anomalías de los senos.
  - Estoy de acuerdo que se me haga un examen pélvico y un análisis Papanicolaou si está indicado para detectar anomalías pélvicas y cáncer cervical
  - Estoy de acuerdo que se me haga una mamografía para detectar anomalías de los senos.
  - Entiendo que el seguimiento médico para algún problema cervical o de los senos suele proporcionarse sin costo alguno para mí.
  - **Acepto la responsabilidad del seguimiento médico si se me recomienda.**
3. Entiendo que si recibo servicios de parte del Departamento de Salud Tri-County además de los que están listados en el #2, podrían cobrarme una cuota al recibir el servicio. El control de la natalidad se cobra de acuerdo a mi habilidad de pagar.
4. Entiendo que puedo volver en un año al Departamento de Salud Tri-County para otra revisión/prueba para el cáncer de los senos y/o cervical, si todavía califico para el programa Bienestar de Peak.

**Para revisiones del riesgo de enfermedades cardíacas, entiendo y estoy de acuerdo con lo siguiente:**

1. Entiendo que estas revisiones no toman el lugar de un examen médico y que podrían no indicar si padezco algún problema de salud.
2. Estoy de acuerdo con las siguientes partes de las revisiones médicas y aconsejaría que se ofrecen:
  - Estoy de acuerdo en contestar correctamente las preguntas acerca de mi historial médico y hábitos de salud.
  - Estoy de acuerdo que se me revise la presión de la sangre.
  - Estoy de acuerdo que se me pique el dedo para revisarme la sangre para colesterol y azúcar en la sangre.
  - Estoy de acuerdo que se me tome el peso y la estatura.
  - Estoy de acuerdo en hablar con una enfermera o dietista certificada sobre los pasos pequeños que puedo tomar para mejorar la salud que reducirá mi riesgo de enfermedad cardíaca, embolia y diabetes y llevar una vida más sana.
  - Estoy de acuerdo en considerar participar en oportunidades gratuitas adicionales durante el año.
  - Entiendo que hay ciertas cosas a considerar cuando hable con la dietista acerca de actividad física:

Un doctor o enfermera me ha dicho que limite la actividad física a menos de una caminata rápida.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Siento incomodidad o dolor en el pecho cuando soy físicamente activa o estoy descansando.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Tengo dolor en los huesos, espalda o coyunturas que empeora con un cambio de actividad física.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Hay una razón por qué no debo hacer actividad física sin el permiso de mi doctor.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

3. Entiendo que si cualquiera de las revisiones médicas no son normales, yo podría ser referida a otro clínica para más análisis y tratamiento.
  - Entiendo que recibiré una referencia médica de seguimiento para la alta presión de la sangre, colesterol alto, y/o alta azúcar de la sangre.
  - Entiendo que una visita al proveedor referido para la alta presión de la sangre, colesterol alto, y/o alta azúcar de la sangre podría ser gratis. Para otros servicios, soy responsable de participar en una revisión financiera y seré responsable de lo que esa agencia cobre.
  - **Acepto la responsabilidad del seguimiento médico si se me recomienda.**
4. Entiendo que puedo volver en un año al Departamento de Salud Tri-County para otra revisión de los riesgos de enfermedades cardíacas, si todavía califico para el programa Bienestar de Peak

He leído la información aquí contenida. Se me ha explicado y creo entenderla. Mis preguntas han sido contestadas por alguien del Departamento de Salud Tri-County.

\_\_\_\_\_  
Firma de la Cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

La cliente recibió la información aquí incluida y creo que la entendió.

\_\_\_\_\_  
Firma del Personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

Patient Label

