

PARA USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL DE LA CLÍNICA

AGENCY #	CHART #	WWC #
----------	---------	-------

**INSTRUCCIONES PARA EL PACIENTE: Lea esta página detenidamente antes de firmar a continuación.**

APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO DE SOLTERA
ÚLTIMOS 4 NÚMEROS DE SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		FECHA DE NACIMIENTO	EDAD

Yo, entiendo que al estar en "Women's Wellness Connection" (WWC), estoy de acuerdo con lo escrito en este formulario.

- WWC no paga por algunas pruebas. WWC no paga NINGÚN tratamiento. He hablado con alguien perteneciente a la clínica sobre las opciones que tengo y entiendo que es posible que tenga que pagar algunas pruebas y algunos tratamientos.
- WWC tiene reglas acerca de la edad y los ingresos de las mujeres que participaron en el programa. He sido honesta acerca de mi edad y de mis ingresos. No tengo "Medicaid" ni "Medicare" (Parte B). No tengo ningún otro seguro médico que pagará estas pruebas, o bien mi seguro médico tiene un deducible alto.
- Toda la información que he brindado a la clínica es verdadera a mi leal saber. Si le informo a la clínica algo que no es verdadero, es posible que no obtenga estas pruebas y que tenga que pagar las pruebas que ya me han realizado.
- Es posible que mi médico, la clínica, el hospital, el laboratorio y el centro mamográfico compartan información con: \_\_\_\_\_ (nombre de la agencia) y "Women's Wellness Connection" (WWC), un programa llevado a cabo por el Departamento de Medio Ambiente y Salud Pública de Colorado.
- En caso de estar de acuerdo en participar en este programa, WWC recibirá mi información. Esta información podría incluir los resultados, los costos de las pruebas médicas, el seguro y otra información relacionada que sea necesaria para tratamientos, pagos y para llevar a cabo este programa. Esta clínica y WWC pueden ver mi historial médico para obtener esta información. WWC es muy cuidadosa en mantener mi información confidencial.
- WWC, quien financia este programa, analiza toda la información sobre las mujeres en el programa para ayudar a mejorar la salud de las mujeres.
- Es posible que reciba cartas por correo para recordarme cuándo es el momento de regresar a mi médico o a la clínica para que me realicen pruebas o tratamientos.

Al firmar este formulario, estoy diciendo que entiendo lo que contiene y que estoy de acuerdo con él. También estoy de acuerdo en participar en este programa de salud de mujeres llamado "Women's Wellness Connection."

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
NOMBRE (EN LETRA DE IMPRENTA)