



WISEWOMAN Formulario de consentimiento para participar

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
mes/día/año

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

El Departamento de Salud y Control Ambiental de Carolina del Sur (DHEC, por sus siglas en inglés) le ofrece a usted la oportunidad de participar en WISEWOMAN, un programa financiado por una beca del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Este programa les brinda a mujeres entre las edades de 47 y 64 años que ya participan en Best Chance Network (BCN) la opción de hacerse evaluaciones de derrame cerebral y del corazón para reducir el riesgo de enfermedad cardíaca, derrame cerebral y otras enfermedades crónicas, además de brindar educación sobre cómo llevar un estilo de vida saludable.

Acuerdo de la cliente:

- Yo estoy de acuerdo en proveer algunos antecedentes médicos personales y familiares e información sobre comportamientos de salud.
- Yo estoy de acuerdo en que me realicen mediciones de estatura, peso, circunferencia del talle (opcional), presión arterial, colesterol y glucosa.
- Yo estoy de acuerdo en volver al consultorio en el caso de que sean necesarias otras pruebas de seguimiento.
- Yo entiendo que la persona que realice las evaluaciones debe derivarme para atención de seguimiento si mis exámenes y/o pruebas de evaluación son anormales.
- Yo estoy de acuerdo en acudir a todas las citas programadas y en llamar de antemano para programar otra cita en caso de que sea necesario.
- Yo entiendo que después de mi evaluación se me derivará a un programa que promueve estilos de vida saludables, que me ayudará a elegir alimentos más saludables, estar en forma, y vivir bien.
- Yo entiendo que tal vez sea necesario tener la aprobación de un proveedor de atención médica antes de que yo pueda empezar un programa de actividad física.
- Yo estoy de acuerdo en regresar en 10-18 meses para que BCN y WW me realicen otra evaluación con el fin de saber si ha habido algún cambio en el riesgo que corro de sufrir cáncer, enfermedad cardíaca o derrame cerebral, y para saber si este programa está haciendo una diferencia para mí.
- Yo entiendo que mi información médica protegida será compartida solo con el personal adecuado de DHEC y otras agencias, de acuerdo con los requisitos del CDC (la fuente de los fondos federales), DHEC y la ley estatal.
- También yo entiendo que las evaluaciones de derrame cerebral y del corazón son opcionales y que puedo abandonar el programa en cualquier momento.
- Me han informado sobre cuáles pruebas/exámenes del programa WISEWOMAN son gratuitas.
- Yo he leído o alguien me ha leído lo anterior y entiendo la información anterior.
- Yo tengo entre 47 y 64 años de edad y estoy de acuerdo en participar en las pruebas de evaluación de WISEWOMAN así como en las sesiones sobre cómo llevar un estilo de vida saludable.

Si usted está de acuerdo con lo anterior, por favor firme y feche a continuación:

Firma de la cliente: _____ Fecha: _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____

WISEWOMAN
Formulario de consentimiento para participar

Instrucciones para completar el formulario

Propósito: Se les ofrece a las mujeres que están inscritas en el programa Best Chance Network (BCN) y que están programadas para una evaluación inicial o anual, la oportunidad de hacerse una evaluación cardiovascular a través de WISEWOMAN (WW), además de realizarse pruebas de detección de rutina de cáncer de seno y del cuello del útero. El CDC exige que cada mujer lea y firme el consentimiento para participar antes de que se puedan brindar los servicios adicionales cada año.

Instrucciones:

Nombre: Ingrese el nombre de pila, inicial del segundo nombre, y apellido
Fecha de nacimiento: Ingrese la fecha de nacimiento de la paciente – mes, día y año
Dirección: Ingrese calle/apartamento, ciudad, estado y código postal

Pídale a la clienta de BCN que lea el documento en su totalidad -- ayude a la clienta cuando sea necesario.

Firma de la clienta y fecha: Pídale a la clienta que firme con su firma legal e ingrese el mes, día y año de la firma si ella está de acuerdo con la lista de declaraciones leídas.

Testigo de la firma y fecha: El testigo de la firma también debe firmar y fechar el formulario.

Procedimiento para archivar el documento: Este formulario debe ser mantenido en el expediente clínico de la paciente en la oficina del proveedor de servicios para BCN/WW. Debe ser conservado de acuerdo a los requisitos del contrato de DHEC.