

Apéndice 8: Autorización para servicios

El objetivo del Programa WISEWOMAN de Alabama es el de reducir su riesgo de desarrollar una enfermedad cardiovascular y un ACV. El criterio de elegibilidad para recibir los servicios de WISEWOMAN es la inscripción actual en el ABCCEDP. Los servicios que ofrece este programa abarcan exámenes médicos de detección para evaluar sus niveles de presión arterial, glucosa y colesterol. Para estos exámenes se requiere una muestra de su sangre. Este pinchazo de rutina en el dedo podría causarle una molestia leve. Se registrará su peso, su altura, se calculará su IMC y se le preguntará si utiliza productos derivados del tabaco.

Entiendo que mis niveles de presión arterial, glucosa y colesterol están dentro de los valores normales. Volveré a hacerme estos exámenes para evaluar estos factores de riesgo durante mi visita anual para detección de cáncer de seno y de cuello uterino dentro de 12 a 18 meses.

Entiendo que mis niveles de presión arterial, glucosa y colesterol están ligeramente altos. Mi caso será remitido a un trabajador social. Entiendo que me harán preguntas sobre salud para determinar si estoy lo suficientemente saludable como para participar en actividades físicas. Estoy de acuerdo con seguir las recomendaciones de mi proveedor con respecto a mi participación en alguna actividad física.

Entiendo que como participante del programa WISEWOMAN estaré en contacto con un/a trabajador/a social, quien me brindará un asesoramiento de salud eficaz para mejorar la salud cardiovascular. Comprendo que podría calificar para obtener los servicios sociales que se ofrecen en la comunidad. Por medio del presente doy permiso para que el Programa WISEWOMAN de Alabama divulgue información sobre mi persona a las agencias de servicios sociales, a las agencias de la comunidad y a proveedores de atención médica para el propósito limitado de consulta o remisión. Este permiso puede incluir la divulgación de información sobre mi condición médica, pero no incluye la divulgación del registro médico escrito. Me han dado la oportunidad de discutir cómo se utilizará este formulario. Sé que tengo el derecho de revocar este permiso en cualquier momento (excepto al grado que ya se haya tomado la medida).

RIESGO DE UTILIZAR EL CORREO ELECTRÓNICO

La información contenida en correos electrónicos puede ser privilegiada y confidencial. Existe riesgo de que cualquier información protegida sobre salud contenida en un correo electrónico sea divulgada o interceptada por personas desautorizadas. Estos incluyen, pero no se limitan, a los siguientes riesgos:

- a. La Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud de 1996 recomienda la encriptación de cualquier correo electrónico que contenga información protegida sobre salud. Los correos electrónicos que se envían desde el Departamento de Salud Pública de Alabama no están encriptados, por lo que es posible que no sean seguros. Por lo tanto, es posible que un tercero viole la confidencialidad de tales comunicaciones.
- b. Los correos electrónicos pueden circular, enviarse, almacenarse electrónicamente y en papel, o transmitirse a destinatarios no deseados.
- c. Los remitentes de correos electrónicos podrían fácilmente enviar el correo electrónico a una dirección incorrecta.
- d. Los correos electrónicos podrían ser interceptados, alterados, reenviados o utilizados sin autorización o detección.
- e. Los correos electrónicos podrían utilizarse para introducir virus en sistemas informáticos.

f. Los correos electrónicos podrían utilizarse como evidencia en la corte.

Acepto que he leído y entendido completamente este formulario de consentimiento. Entiendo los riesgos asociados con la comunicación a través de correos electrónicos entre el Departamento de Salud Pública de Alabama o el personal de Franklin Primary Health Center y mi persona. Cualquier duda que pude haber tenido ha sido respondida. Si proporciono mi correo electrónico a continuación, entiendo los riesgos, y doy mi consentimiento para que el Departamento de Salud Pública de Alabama o el Franklin Primary Health Care Center se comunique conmigo en relación con mi información protegida sobre salud por correo electrónico. Este consentimiento será ratificado o discontinuado, cuando yo lo decida, en cada visita a la clínica.

Al firmar abajo, certifico que he leído y entiendo la información que aparece arriba y que doy mi consentimiento y autorizo uno o más de los servicios establecidos arriba para mí.

_____ Entiendo que puedo retirarme del programa WISEWOMAN en cualquier momento mientras sigo recibiendo servicios de detección a través de ABCCEDP.

Esta autorización expirará a los 18 meses de la fecha de firma, a menos que la revoque.

Firma de la WISEWOMAN: _____ Fecha: _____

Número de teléfono: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Representante del Departamento de Salud Pública de Alabama o de Franklin Primary Fecha

Nota: La clínica o su médico pueden sugerirle u ofrecerle servicios que no son parte de WISEWOMAN de Alabama. Si decide utilizar estos servicios, el ABCCEDP no pagará por ellos.