



Estado de California – Agencia de Salud y  
Servicios Humanos

Departamento de Salud Pública de California



RONALD W. CHAPMAN, MD, MPH  
*Director*

EDMUND G. BROWN JR  
*Gobernador*

**CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN EL PROGRAMA Y PARA EL USO Y DIVULGACIÓN  
DE INFORMACIÓN DE SALUD**  
**Programa de Control de Cáncer de Colon de California**

El Departamento de Salud Pública de California está trabajando con su proveedor de atención primaria para cumplir los fines del Programa de Control de Cáncer de Colon de California a fin de:

- Aumentar la conciencia pública acerca de la importancia de los exámenes periódicos de detección de cáncer colorrectal
- Ayudar a los profesionales de atención médica a proporcionar y promover exámenes de detección de cáncer colorrectal de alta calidad
- Aumentar el número de varones y mujeres mayores de 50 años que se realizan exámenes de detección de cáncer colorrectal

Su clínica de atención primaria prestará los servicios y exámenes de detección de cáncer colorrectal, e informará los resultados de estos exámenes al Programa de Control de Cáncer Colorrectal del Departamento de Salud Pública de California. **Su firma en este formulario de Consentimiento significa que usted desea participar en el Programa de Control de Cáncer Colorrectal de California (“Programa”) por un año.** Para participar en el Programa el siguiente año, usted debe firmar un nuevo consentimiento para participar. Su proveedor de atención primaria se comunicará con usted cuando deba realizarse exámenes de detección nuevamente. Su proveedor de atención primaria continuará atendiéndole sin importar que usted participe o no en el Programa.

Para determinar su elegibilidad para el Programa, su proveedor de atención primaria recolectará o revisará información personal, por ejemplo: su nombre, dirección, fecha de nacimiento, ingresos, raza/grupo étnico e historia de salud familiar y personal. Su proveedor de atención primaria le entregará los resultados de sus exámenes de detección de cáncer colorrectal. Su proveedor de atención primaria conservará en archivo su historia médica.

Sólo se enviarán al Departamento de Salud Pública de California los resultados de sus exámenes de detección y pruebas de diagnóstico, y no su información de salud personal, para que sean usados según se describe en la Notificación de Prácticas Privadas. Toda la información será protegida según se describe en la Notificación de Prácticas Privadas de la Sección de Detección de Cáncer del Departamento que usted recibirá junto con este Consentimiento. Usted tiene derecho a inspeccionar u obtener una copia de los registros guardados por la Sección de Detección de Cáncer concernientes a su atención médica, según se describe en la Notificación de Prácticas Privadas.

Usted recibirá una copia de este consentimiento para sus archivos. Por favor hable con su proveedor de atención primaria si tiene alguna pregunta.

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre legal completo en letra imprenta), he proporcionado información correcta y completa, y acepto participar en el Programa de Control de Cáncer de Colon del Departamento de Salud Pública de California. También permito que mi información médica se utilice y divulgue según lo explicado anteriormente y según se describe en la Notificación de Prácticas Privadas. Tengo entendido que al firmar este formulario, acepto participar en el Programa. Tengo entendido también que para participar en el programa el siguiente año, debo firmar un nuevo consentimiento para participar.

El Programa de Control de Cáncer de Colon del Departamento de Salud Pública de California me ha informado de su Notificación de Prácticas de Privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y divulgación de mi información de salud. Me han otorgado el derecho de revisar dicha Notificación de Prácticas de Privacidad antes de firmar este Consentimiento. Tengo entendido que la Sección de Detección de Cáncer del Departamento de Salud Pública de California tiene derecho a modificar la Notificación de Prácticas de Privacidad cada cierto tiempo y que puedo comunicarme con la Sección de Detección de Cáncer en cualquier momento en la dirección que aparece en la parte inferior de este Consentimiento para obtener una copia actualizada de la Notificación de Prácticas de Privacidad.

Tengo entendido que puedo solicitar por escrito que la Sección de Detección de Cáncer del Departamento de Salud Pública de California restrinja cómo se utiliza o divulga mi información de salud para realizar el tratamiento, pago u operaciones de atención médica. También tengo entendido que no se exige a la Sección de Detección de Cáncer del Departamento de Salud Pública de California que acepte mis restricciones solicitadas, pero en caso las acepte, entonces se verá obligado a acatar dichas restricciones.

Tengo entendido que puedo retirar este Consentimiento por escrito en cualquier momento para detener el uso y divulgación de mi información en el futuro. El retiro de mi consentimiento no detendrá ni revertirá los usos o divulgaciones de mi información realizados por la Sección de Detección de Cáncer ocurridos antes que retire mi consentimiento.

Si firmo este Consentimiento en nombre de otra persona, esto se debe a que soy el tutor legal, padre/madre o apoderado con un Poder de Autorización de Atención Médica vigente, y estoy legalmente autorizado a firmar este Consentimiento en nombre de dicha persona.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha (dd/mm/aaaa)

He recibido una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad de la Sección de Detección de Cáncer.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha (dd/mm/aaaa)

**COMPLETAR SÓLO SI ES NECESARIO UN TESTIGO:** He leído la información de este formulario para el paciente cuyo nombre aparece anteriormente. Concluyo a mi leal saber y entender que el paciente comprende la información, está dispuesto a participar en el programa y acepta los términos de este consentimiento.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha (dd/mm/aaaa)