

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE	EDAD	FECHA	HORA
------------------------------	------	-------	------

CONSENTIMIENTO PARA MAMOGRAFÍA

- Comprendo que me encuentro en el Hospital Saint Francis para hacerme un procedimiento de mamografía. Si no obtengo los resultados del estudio, no asumiré que los resultados son normales. **Actualmente la Ley Federal exige que cada paciente reciba los resultados del estudio por escrito en un lenguaje sencillo.** Escriba su dirección postal en el espacio correspondiente:

DOMICILIO, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL

- Comprendo que la mamografía es el método más efectivo para la detección temprana del cáncer de seno, pero **NO DETECTA** todos los casos de cáncer de seno. Por lo tanto, es fundamental que yo misma me examine los senos una vez por mes y que un médico los examine una vez por año.
- Comprendo que el Centro de Atención Mamaria de Saint Francis le enviará a mi/s médico/s una copia del informe de mi mamografía y le facilitará a mi empresa aseguradora información sobre mi ingreso a este servicio, para que la aseguradora determine mis derechos respecto de estos beneficios médicos y procese los pagos correspondientes en mi nombre.
- La información médica será guardada electrónicamente, con las debidas medidas de seguridad para desalentar todo acceso no autorizado.
- Mi/s aseguradora/s podrán pagarle directamente a Saint Francis y a el/los médico/s responsable/s de brindarme cuidados en el Centro de Atención Mamaria los beneficios que me correspondan (Se le asignan los beneficios a los profesionales de la salud).
- los pagos PUEDEN imputarse a MEDICARE los pagos NO PUEDEN imputarse a MEDICARE
- Certifico que la información que he proporcionado es correcta. Comprendo que Saint Francis puede facilitar a la Administración de Seguridad Social o sus intermediarios o aseguradoras toda la información que sea necesaria para este reclamo de Medicare. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se haga directamente a Saint Francis en nombre del suscrito.
- El suscrito es responsable del pago de los servicios no cubiertos o no reintegrables, de los pagos deducibles y los copagos.
- Comprendo que soy responsable por los objetos de valor que están en mi poder, y no imputaré responsabilidad a Saint Francis por pérdida de objetos de valor.
- *Comprendo que se entregará copia de los informes de mis anteriores mamografías a los representantes o agentes de Saint Francis Hospital, Inc. a fin de comparar resultados con la mamografía actual.*

RECONOCIMIENTO DE LA NOTIFICACIÓN SOBRE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD

He recibido una copia de la NOTIFICACIÓN SOBRE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD que expone de manera detallada los derechos del paciente y las circunstancias en que el Hospital Saint Francis y su personal médico podrán usar y divulgar información médica del paciente.

He leído y entendido el presente formulario y recibí respuesta satisfactoria a todas las preguntas que hice sobre este procedimiento. Por la presente declaro y reconozco que he recibido la NOTIFICACIÓN SOBRE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD.

FIRMA DEL PACIENTE	RAZÓN por la cual el PACIENTE NO PUEDE FIRMAR
PERSONA AUTORIZADA para FIRMAR por el PACIENTE	
RELACIÓN CON EL PACIENTE	TESTIGO

TRADUCCIÓN - Se deja constancia de que el Consentimiento que precede fue provisto en forma impresa o ha sido leído al paciente (o a su representante) en su lengua materna. El paciente (o su representante) comprendió y estuvo de acuerdo y se le pidió que firmara la versión en Inglés (el documento legalmente válido) y que se le mostró dónde indicar Consentimiento.

FIRMA DEL INTÉRPRETE / TESTIGO

PATIENT LABEL