



Programas Sage Autorización para divulgar información

Debe leer y firmar esta autorización si quiere que los Programas Sage paguen los gastos de sus exámenes de detección de cáncer.

Programa. El Departamento de Salud de Minnesota (MDH) tiene a su cargo el programa de detección de cáncer colorrectal Sage Scopes, el programa de detección de cáncer de seno y de cáncer cervical (en conjunto denominados "Programas Sage"). Programas Sage están financiados por el Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) y el estado de Minnesota.

Requisitos para participar. Las leyes no exigen que las personas proporcionen información a los Programas Sage. Sin embargo, sin la información que solicitamos es probable que no pueda participar en el programa. Si bien el Departamento de Salud de Minnesota solicita el número del seguro social para poder identificar mejor los registros, es posible participar en el programa incluso si usted decide no proporcionarlo.

Alcance de la autorización. La presente autorización permite a los Programas Sage:

- Obtener su información médica por parte de sus proveedores de salud
- Compartir la información de sus registros médicos con la CDC y con la empresa de gestión de datos contratada por el centro
- Evaluar los servicios de detección de cáncer a través del programa
- Recordarle de oportunidades para pruebas médicas apropiadas

Autorizo a los médicos y a otros proveedores médicos (incluyendo hospitales, clínicas y laboratorios) a proporcionar la siguiente información a los Programas Sage:

- Toda la información sobre mi identidad, incluidos mi nombre, fecha de nacimiento, dirección, números telefónicos, seguro médico, ingresos, tamaño del grupo familiar, raza, etnicidad, lugar de nacimiento, idioma, educación y número del seguro social (sí decido proporcionarlo);
- Información de contacto de mis médicos y proveedores de atención médica, incluyendo sus nombres, direcciones y números telefónicos;
- Información médica que se reúna durante el programa, incluyendo mi número de historia, peso, altura, presión arterial, consumo de tabaco, historia médica, resultados de pruebas de detección de cáncer, síntomas, análisis de seguimiento y tratamiento;
- Información sobre los costos relacionados con los procedimientos que ofrece el programa.

Toda la información revelada a los Programas Sage estará amparada por la Ley sobre Manejo de Datos del Gobierno de Minnesota. Esto significa que las únicas personas que tendrán acceso a la información sobre mi identidad serán mis médicos y proveedores de atención médica y los empleados del Departamento de Salud de Minnesota que trabajan con los Programas Sage o con el Programa del Sistema de Vigilancia del cáncer de Minnesota.

Autorizo a los Programas Sage a compartir mi información con los médicos y proveedores médicos que participen en mi atención médica.

- La información revelada a médicos y proveedores de atención médica está protegida por normas federales o estatales sobre privacidad, que aplican a los profesionales de la salud
- Autorizo a los Programas Sage a compartir mi información médica, información sobre costos y datos demográficos con el CDC y con la empresa de gestión de datos con la que trabaja
- La información revelada al CDC y a su gestor de datos **no** incluirá mi nombre, teléfono, número de seguro social ni dirección
- Si necesite cobertura médica para someterme a algún tratamiento, autorizo a los Programas Sage a revelar esta información al Departamento de Servicios Humanos de Minnesota y a sus agentes para que puedan ayudarme a encontrar e inscribirme en un programa que puede que cubra mi tratamiento

Con la excepción de la información que he autorizado en este consentimiento, toda otra información proporcionada a los Programas Sage, al CDC y a su gestor de datos debe tratarse de forma confidencial y no debe revelarse a otras personas, a menos que se revele al amparo de las leyes federales o de Minnesota.

Los Programas Sage utilizarán mi información para:

- Documentar mi elegibilidad para el programa
- Asegurarse de que reciba la debida preparación, exámenes y procedimientos posteriores al diagnóstico
- Asistiendo a encontrar los recursos para recibir tratamiento (si fuera necesario)
- Administrar y evaluar el programa
- Recordarme de oportunidades de pruebas en el futuro

Puedo darme de baja de los Programas Sage y cancelar esta autorización. Para lo cual deberé enviar una carta a los Programas Sage. La carta debe incluir mi nombre, fecha de nacimiento, una nota cancelando mi autorización a revelar información y mi firma. En caso de cancelar mi autorización, mi inscripción en los Programas Sage quedará sin efecto y tal vez deba hacerme cargo del pago de facturas que pudieran estar pendientes.

Nombre (en letra de molde): _____ Fecha de nacimiento: _____ (mes) _____ (día) _____ (año)

Firma: _____ Fecha de firma: _____ (mes) _____ (día) _____ (año)

Note to health care providers: This document complies with the requirements of HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act), the Federal Privacy Act of 1974, the Minnesota Government Data Practices Act, and the Minnesota Health Records Act, regarding authorization to disclose protected health information. See 45 C.F.R. § 164.508(c)(1); 5 U.S.C. 552a; Minn. Stat. §§ 13.05, subd. 4(d), 144.291 to 144.298.

18. ¿Alguna vez se hizo una mamografía? ¹ Si ² No ³ No sabe
19. ¿Se ha hecho una mamografía dentro de los últimos dos años? ¹ Si ² No ³ No sabe
20. ¿Cuántas mamografías se ha hecho en los últimos cinco años (marque una casilla)? 0 1 2 3 4 o más No sabe
21. En los últimos dos años, ¿le han revisado los senos? (un médico o un enfermero(a)) ¹ Si ² No ³ No sabe
22. ¿Alguna vez se hizo un Papanicolaou? ¹ Si ² No ³ No sabe
23. ¿Se ha hecho un Papanicolaou en los últimos dos años? ¹ Si ² No ³ No sabe
24. ¿Cuántos Papanicolaou se ha hecho en los últimos cinco años (marque una casilla)? 0 1 2 3 4 o más No sabe
25. ¿Se ha sometido a una histerectomía? (extirpación del útero)
En caso afirmativo, ¿fue por cáncer? ¹ Si ² No ³ No sabe
¹ Si ² No ³ No sabe
26. ¿Alguna vez se hizo una colonoscopia? (un análisis de cáncer del colon y el recto) ¹ Si ² No ³ No sabe
27. ¿Ha fumado (tabaco) en la pasada...
¹ semana ² mes ³ año ⁴ hace más de un año ⁵ Nunca fumó
28. Si aún fuma, ¿le gustaría recibir ayuda para dejar? ¹ Si ² No
29. ¿Alguien más en la familia fuma? ¹ Si ² No
30. Indique el nivel más alto de educación que recibió.
¹ Grado 8 o menos ⁵ Título "Associate Degree" (graduado con 2 años de
² Grado 9-11(algo de secundaria) ⁶ (universidad) Licenciatura (graduado con 4 años de universidad)
³ Grado 12 o GED (graduado de secundaria) ⁷ Postgrado (Master, Profesional o Doctorado)
⁴ Estudios universitarios o de escuela técnica pero sin graduarse.

Sage cubre:

- un visita anual al consultorio de diagnóstico, donde se hace una revisión de senos Y pélvica;
- una mamografía anual (se requiere una revisión de senos previa);
- una prueba de Papanicolaou cada 3 años*, a menos que una prueba de pap anterior era normal
- visitas de seguimiento al consultorio y/o análisis adicionales siempre que se presente un resultado anorm

* Cuando tres Papanicolaou consecutivos (de cualquier tipo) dan normal, la frecuencia se extiende a cada tres años.

VISIT SUMMARY NEW Sage patient RETURNING Sage patient Sage Encounter Number

_____-_____-_____
Assign a new number for each visit.

Name _____ Visit Date ____/____/____
month day year

Chart # _____

Patient's Height ____ft. ____in. Weight ____lbs. Blood Pressure ____/____ at today's visit

PATIENT HISTORY

Screening prior to this visit:	Yes	Record month/year of prior exam/test	Never had or	exam/test	Don't know if or	exam/test ever done
Clinical breast exam	<input type="checkbox"/>	____/____ mo/yr		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Mammogram	<input type="checkbox"/>	____/____ mo/yr		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Pap test	<input type="checkbox"/>	____/____ mo/yr		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

SAGE SERVICES PROVIDED THIS VISIT

Results Counseling only, to review prior Sage screening abnormality Breast abnormality Cervical abnormality

Does the patient report breast symptoms? (i.e. lump, bloody nipple discharge, dimpling, inflammation) Yes No

Does the patient report family history of breast cancer? (parent, sibling, child only) Yes No

Clinical Breast Exam (CBE) done at visit date listed above?

- 1 Yes If yes, CBE Findings for this exam:
- 1 Normal CBE, breast cancer not suspected.
 - 2 Benign CBE, breast cancer not suspected (i.e., fibrocystic changes, diffuse lumpiness, or nodularity).
 - 3 CBE Suspicious for breast cancer, diagnostic evaluation required, other than mammogram (i.e., discrete palpable mass, bloody/serous nipple discharge, nipple/areolar scaliness, skin dimpling/retraction). Suspicious CBE Description: _____
- 2 No, CBE not done
 3 Patient refused CBE

Fine Needle Aspiration done at visit date listed above?

- No, not indicated
- 2 Yes, cytology sent
- Yes, NO cytology sent

Breast Ultrasound ordered or done this visit?

- 1 No, not indicated
- 2 Yes
- Patient refused

Mammogram ordered or done this visit?

- 1 Yes, routine screening
- 2 Yes, to evaluate symptoms or prior abn.
- 3 No, not indicated
- 4 Patient refused

BREAST DATA

Pap test done at visit date listed above?

- 1 Yes, routine screening Pap
- 2 Yes, surveillance Pap - prior abn.
- 3 No, not indicated
- 4 Patient refused
- 5 No, patient had a hysterectomy

Colposcopy done at visit date listed above?

- 1 No, not indicated
- 2 Yes, with Cervical Biopsy and ECS
- 3 Yes, with Cervical Biopsy only
- 4 Yes, with ECS only
- 5 Yes, NO pathology sent (ECS=Histological Endocervical Sampling)

Indication for Colposcopy this visit:

- Abnormal Pap result
- 1 ASC-US
 - 2 ASC-H
 - 3 LSIL
 - 4 HSIL
 - 5 Atyp. Glandular Cells
 - 6 Surveillance Colp.

Abnormal Pap date ____/____/____
mo day yr

1 Yes 2 No

Other Cervical Services:

Pap not covered in the instances listed below

Patient office visit to collect HPV Test for prior Sage conventional Pap with ASC-US result?
Patient office visit to collect HPV Test for 12 month follow-up after a colposcopy indicated by:

CERVICAL DATA

COMMENTS:

Please complete and return to:

Minnesota Department of Health
Cancer Control Section
Sage Screening Program
P.O. Box 64882
St. Paul, MN 55164-0882

52649

(Rev 08/18)

Printed on Recycled Paper