

Programas Sage

Autorización para divulgar información

Sage Encounter Number

Assign a new number for each visit.

Programa. El Departamento de Salud de Minnesota (MDH) tiene a su cargo el programa de detección de cáncer colorrectal Sage Scopes y el programa de detección de cáncer de seno y de cuello del útero (cáncer cervical) de Sage (en conjunto denominados "Programas Sage"). Desde 2010 a 2014, Sage Scopes está financiado 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 (con excepción del número del seguro social), es probable que no puedan 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 el CDC y con la empresa de gestión de datos contratada por el centro
- Evaluar los servicios de detección de cáncer del programa
- Recordarle de oportunidades para pruebas medicas apropiadas

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

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 (si 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 medica colorectal, resultados de pruebas de detección de cáncer colorrectal, 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.

También 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 expuesta en la presente autorización, 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.

Sage Scopes utilizará mi información para:

- Documentar las razones por las cuales puedo participar en el programa
- Encargarse de que reciba la debida preparación, exámenes y procedimientos posteriores al diagnóstico
- Ayudarme a encontrar los recursos para recibir tratamiento (si fuera necesario)
- Administrar y evaluar el programa
- Recordarme de oportunidades de pruebas en el future

Entiendo que puedo darme de baja del los Programas Sage y cancelar esta autorización antes de su vencimiento, para lo cual deberé enviar una carta a mis médicos y a los demás proveedores de atención médica a quienes haya autorizado, así como 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)

Nota a los proveedores de atención médica: El presente documento cumple con los requisitos de la Ley sobre Transferibilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (HIPAA), la Ley Federal de Privacidad de Minnesota de 1974, la Ley sobre Manejo de Datos del Gobierno y la Ley sobre Registros Médicos de Minnesota con respecto a la autorización de revelar información médica protegida. Véase el Código Federal de Regulaciones (C.F.R.) 45, § 164.508(c)(1); Código de los EE.UU. (U.S.C) 5, 552a; Estatuto de Minnesota, §§ 13.05, subdivisión 4(d), 144.291 a 144.298.

Programa Sage Scopes Formulario de inscripción

Sage Encounter Number

Assign a new number for each visit.

1. Nombre: _____ 2. Sexo Masculino Femenino
Apellido Nombre Inicial del segundo nombre

3. Fecha de nacimiento ____/____/____ 4. Núm. seguro social: _____
mes día año

5. Dirección: _____ Apartamento: _____

6. Ciudad: _____ 7. Estado: _____ 8. Cód. postal: _____

9. Condado: _____ 10. Teléfono particular: (____) _____ 11. Otro teléfono: (____) _____

12. ¿Es usted hispano o latinoamericano? (mexicano, centroamericano, sudamericano, portorriqueño, cubano o de otra cultura hispana)
 Sí No

13. ¿De qué raza se considera? (Marque una o más de las siguientes opciones que identifican su raza)

<input type="checkbox"/> Blanco(a)	<input type="checkbox"/> Amerindio(a) o nativo(a) de Alaska
<input type="checkbox"/> Negro(a) o afroamericano(a)	<input type="checkbox"/> Asiático (especifique) _____
<input type="checkbox"/> Nativo(a) de Hawai o de otra isla del Pacífico	(hmong, vietnamita, coreano, camboyano, chino, tailandés, indio o de otra nacionalidad asiática)
<input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____	

14. ¿En qué país nació? Estados Unidos Otro _____

15. ¿Cuál es el idioma que más se habla en su casa? _____

16. ¿Tiene algún tipo de seguro médico? (Como Medical Assistance, Medicare, Minnesota Care o un seguro privado?)
 Sí (escriba el nombre del seguro) _____ No

17. ¿Cuál es el total de ingresos **mensuales** que recibe su grupo familiar antes de descontar los impuestos? \$ _____ por **mes**
Nota: Si usted es agricultor o trabaja de forma independiente, indique el ingreso neto (después de deducir los gastos comerciales).

18. Incluyéndose, ¿para cuántas personas son esos ingresos (marque una de las casillas)?
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 o más

19. ¿Ha fumado (tabaco) en la última semana, mes o año?
 Semana Mes Año Hace más de un año Nunca fumé

20. Si todavía fuma, ¿le gustaría recibir ayuda para dejarlo? Sí No

21. ¿Alguien de su grupo familiar fuma? Sí No

22. Indique el nivel más alto de educación que recibió

<input type="checkbox"/> 8 ^{vo} grado o menos	<input type="checkbox"/> Título "Associate Degree" (2 años de universidad)
<input type="checkbox"/> Grados 9 -11 (algo de secundaria)	<input type="checkbox"/> Licenciatura (4 años de universidad)
<input type="checkbox"/> 12 ^{mo} grado o GED (graduado de secundaria)	<input type="checkbox"/> Título de posgrado (maestría, título profesional, doctorado)
<input type="checkbox"/> Estudios universitarios o de escuela técnica pero sin título.	

Historia clínica del paciente (para uso de un médico o integrante del personal)

23. ¿Alguna vez se realizó un examen colorrectal? Sí No No sé
(Por ejemplo: examen inmunoquímico fecal [FIT], examen de sangre oculta en materia fecal [FOBT], sigmoidoscopia o colonoscopia)

a. Si su respuesta es sí ¿cual fue su ultima prueba? _____ Colonoscopia _____ FIT/FOBT

b. ¿Cuando fue su ultima prueba? _____ menos de 1 ano _____ 1-4 anos _____ 5-9 anos _____ 10 anos o mas

c. ¿Le dijo el doctor cuando recomendaba que se hiciera la prueba otra vez? _____ si _____ no _____ no se

d. Se le dijo, ¿cuando recomendo que le hicieran la prueba otra vez? _____

24. ¿Tiene antecedentes de cáncer colorrectal? Sí No No sé
En caso afirmativo, indique el año en que se lo diagnosticaron: _____

25. ¿Alguna vez ha tenido pólipos en el colon o recto? Sí No No sé

26. ¿Alguno de sus familiares, como madre, padre, hermanos(as) o hijos han tenido alguna de las siguientes enfermedades?

	Sí	No	No sé
a. Pólipos colorrectales antes de cumplir los 60 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Cáncer colorrectal antes de cumplir los 60 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Completar y enviar a:

Departamento de Salud de Minnesota
Cancer Control Section, Sage Scopes Program
P.O. Box 64882, St. Paul, MN 55164-0882



