

Consentimiento Sage/Forma de Inscripción

Sage Encounter Number
Assign a new number for each visit

Version 3.0

El Departamento de Salud de Minnesota (MDH) administra el Programa de detección de cáncer colorrectal de Sage Scopes, el Programa de detección de cáncer de mama y de cuello uterino de Sage y SagePlus (Detección y evaluación bien integradas para mujeres en toda la nación/"WISEWOMAN"). Estos programas se denominan colectivamente "Programas Sage" (nosotros/nuestro). Los Programas Sage son pagados por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) y el Estado de Minnesota.

Por favor lea y firme este formulario de consentimiento si desea que los Programas Sage paguen por su examen de detección de cáncer.

Cómo participar. Los programas Sage necesitan recopilar cierta información médica y personal suya y de sus médicos en el pasado. Las leyes federales y estatales protegen la información que recopilamos, creamos o mantenemos sobre usted. Toda su información se mantendrá privada y no la divulgaremos a otros, excepto según lo autorizado por usted en este formulario o según lo permita o exija la ley federal o la ley de Minnesota. Usted no está obligado a proporcionarnos ninguna información, sin embargo, si no proporciona la información solicitada, no podrá recibir servicios de los Programas Sage. Su número de Seguro Social nos permite coordinar mejor su atención, pero puede participar en el programa incluso si elige no proporcionarlo.

Los Programas Sage utilizarán su información para:

- Determinar su elegibilidad para el programa
- Garantizar que usted reciba una preparación, detección y seguimiento adecuado del diagnóstico
- Ayudar a localizar recursos para apoyar su tratamiento (si es necesario)
- Administrar y evaluar el programa
- Recordarle futuras oportunidades de detección

Si usted acepta participar, esta autorizando a sus médicos y otros proveedores de servicios médicos (incluidos hospitales, clínicas y laboratorios) a proporcionar la siguiente información a los Programas Sage:

- Toda la información personal solicitada, incluyendo su nombre, fecha de nacimiento, dirección, número de teléfono y número de Seguro Social (si se proporciona)
- Información de contacto de sus médicos y otros proveedores de atención médica
- Información médica recopilada antes o durante su participación en el programa
- Datos de costos relacionados con los procedimientos cubiertos por los Programas Sage

Además, autoriza a los Programas Sage para compartir información médica, de costos y demográfica requerida por el CDC y su contratista de datos, con médicos y proveedores de atención médica involucrados en su atención médica. Si necesita cobertura para el tratamiento, también autoriza a los Programas Sage a divulgar esta información al Departamento de Servicios Humanos de Minnesota.

Usted puede retirarse de los Programas Sage y cancelar los permisos autorizados en este formulario de consentimiento en cualquier momento. Para cancelar su permiso, debe enviar una carta a los Programas Sage. La carta debe incluir la fecha, su nombre, fecha de nacimiento, una declaración que cancele su permiso para divulgar su información y su firma. **TENGA EN CUENTA:** Si cancela su permiso, ya no estará inscrito en los Programas Sage y puede ser financieramente responsable de cualquier factura médica pendiente que se incurra a nombre suyo.

Elijo participar en los servicios ofrecidos por los Programas Sage y acepto las condiciones descritas anteriormente.

Nombre del paciente: (letra de imprenta) _____ Fecha de nacimiento: _____ (mes) _____ (día) _____ (año)

Firma del paciente: _____ **Fecha de la 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 authorizations to disclose protected health information. See C.F.R. § 164.508(c) (1); 5 U.S.C. 552a; Minn. Stat. §§ 13.05, subd. 4(d), 144.291 to 144.298.



Datos personales: sírvase proporcionar la siguiente información

1. Nombre: _____
Apellido Nombre Inicial del segundo nombre

2. Fecha de nacimiento: ____/____/____ 3. Núm seguro social: ____-____-____
Mes Día Año

4. Domicilio Calle: _____

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

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

11. Email: _____

12. ¿Es usted hispana o latina? (de México, América del Sur o Central, Puerto Rico, Cuba u otra cultura hispana)

Si No

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

Blanca

Negra o Afroamericana

Nativa de Hawai o de otra isla del Pacífico

India americana o nativa de Alaska

Asiática (especifique) _____

(Hmong, vietnamita, coreana, camboyana, china, tailandesa, india u otro pueblo de Asia)

Otro (especifique) _____

14. ¿En qué país nació?

Estados Unidos

Otro (nombre del País) _____

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

16. Indique el nivel más alto de educación que recibió.

Grado 8 o menos

Título graduado (2 años de Universidad)

Grado 9-11 (algo de preparatoria)

Licenciatura graduado (4 años de Universidad)

Grado 12 or GED (graduado de preparatoria)

Postgrado (Maestría o Doctorado)

Estudios universitarios o de escuela técnica pero sin graduarse

17. ¿Tiene algún tipo de seguro de salud? (incluyendo Medical Assistance, Medicare, Minnesota Care, o seguro privado)

Si, _____

(Si contesta que si, indique el nombre del seguro)

No

18. ¿Incluyéndose, cuántas personas viven en su casa? (marque una de las casillas)

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10 or more

19. ¿Cuál es el ingreso total de su casa por mes antes de los impuestos? \$_____ por mes

NOTA: Si usted es agricultor o trabaja de forma independiente, indique el ingreso neto (después de deducir los gastos comerciales).

- | | | | |
|---|--|-------------------------------------|--|
| 20. ¿Alguna vez se ha hecho un mamograma? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No se |
| 21. ¿Se ha hecho un mamograma en el último año? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No se |
| Si su respuesta es sí ¿Fueron los resultados anormales? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No se |
| 22. ¿Alguna vez se ha hecho un papanicolaou? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No se |
| 23. ¿Se ha hecho un papanicolaou en los últimos tres años? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No se |
| Si su respuesta es sí ¿Fueron los resultados anormales? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No se |
| 24. Se ha sometido a una histerectomía? (extirpación del útero) | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No se |
| En caso afirmativo, ¿Fue por cáncer? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No se |
| 25. ¿Se ha hecho una colonoscopia? (un análisis de cáncer del colon y el recto) | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No se |
| Si su respuesta es sí, ¿Ha tenido una en los últimos diez años? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No se |
| 26. ¿Usted fuma? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Nunca he fumado |
| 27. ¿Ha fumado (tabaco) en la pasada... | <input type="checkbox"/> Semana | <input type="checkbox"/> Mes | <input type="checkbox"/> Año |
| | <input type="checkbox"/> Más de un año | <input type="checkbox"/> Nunca fume | |
| 28. Si fuma ¿Le gustaría recibir ayuda para dejar de fumar? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No fumo |
| 29. ¿Vive con alguien que fume? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No quiero contestar |

Sage covers:

- ◆ Una visita **anual** al consultorio
- ◆ Un mamograma **anual** (una revisión clínica de senos es recomendada)
- ◆ Una prueba de papanicolaou cada **3 años** con prueba PVH cada cinco años, a menos que una prueba de pap anterior fue anormal
- ◆ Visitas de seguimiento al consultorio y/o análisis adicionales siempre que se presente un resultado anormal

VISIT SUMMARY

Sage

SagePlus

Sage Encounter Number
Assign a new number for each visit

Name _____ Visit Date ____/____/____

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 exam/test	Or	Don't know if exam/test ever done	Or
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"/>	

Risk Assessment (Breast Cancer) Average High Not Assessed

SAGE SERVICES PROVIDED THIS VISIT

Results Counseling only, to review prior Sagescreening abnormality Breast abnormality Cervical abnormality

Does the patient report breast symptoms? 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?

- Yes
(If yes, CBE Findings for this exam)
- Normal CBE, breast cancer not suspected
 - Benign CBE, breast cancer not suspected (i.e., fibrocystic changes, diffuse lumpiness, or nodularity)
 - 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 _____

- No, CBE not done
 Patient refused CBE

Breast Ultrasound ordered or done this visit?

- No, not indicated
- Yes
- Patient Refused

Mammogram ordered or done this visit?

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

- Pap services done at visit date listed above?**
- Yes, routine screening Pap
 - Yes, surveillance Pap – prior abnormal
 - Yes, after primary HPV
 - No, HPV only
 - No, not indicated
 - No, patient had a hysterectomy

- HPV services done at visit date listed above?**
- Yes, Co-Test
 - Yes, Reflex
 - Yes, Primary HPV only
 - No, not indicated

- Colposcopy done at visit date listed above?**
- No, not indicated
 - Yes, with Cervical Biopsy and ECS
 - Yes, with Cervical Biopsy only
 - Yes, with ECS only
 - Yes, No pathology sent
(ECS=Histological Endocervical Sampling)

- Indication for Colposcopy this visit:**
- ASC-US
 - ASC-H
 - LSIL
 - HSIL
 - Atypical Glandular Cells
 - Surveillance Colposcopy
 - Other: _____
- Abnormal Pap date ____/____/____
mo day yr

Other Cervical Services:

Endometrial Biopsy done at this visit for prior Sage Pap with Glandular or Endometrial Cell findings for woman over 40? Yes No

Risk Assessment (Cervical Cancer) Average High Not Assessed

COMMENTS:

**Please complete and return via fax:
Fax: 1-877-495-7545
Note: Incomplete forms will delay
payment of claims.**

(Rev. 12/2020
#52698