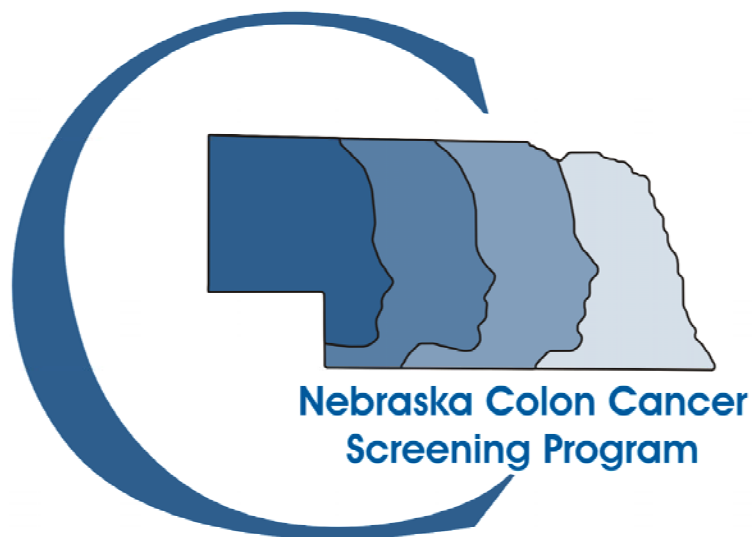


**Kit de Prueba
Fecal de
Sangre Oculta**

**Pruebas de
Exploración de
Salud del Colon**

Colonoscopia



LIBRETO DE INFORMACIÓN PARA LOS CLIENTES

En este libreto encontrará información de como el Programa de Exploración de Cáncer Colorectal de Nebraska puede ayudarla.



**Servicios Humanos y de la Salud de Nebraska
Programa de Exploración del Cáncer del Cólon
301 Centennial Mall South - P.O. Box 94817
Lincoln, NE 68509-4817**

**Llamada gratuita: 1-800-532-2227
En Lincoln: 471-0929**

Fax: 471-0913

E-mail: ncp@dhhs.ne.gov

Website: www.dhhs.ne.gov/crc

¿Qué es el Programa de Detección del Cáncer de Colon de Nebraska (NCP)?

El NCP es el programa más nuevo que se ha añadido al programa Cada Mujer Importa (EWM). Nebraska es uno de solamente cinco programas, como éste, en toda la nación. La meta de NCP es aumentar las pruebas de detección del cáncer de colon y disminuir el número de las personas en Nebraska que son diagnosticadas y que se mueren del cáncer de colon.

¡Este programa es lo que llamamos un programa de demostración! Esto quiere decir que se están haciendo investigaciones para ver si este tipo de programa funciona. Para llevar a cabo el programa, hay pautas estrictas de elegibilidad en base del historial personal y familiar. No todas las personas que completan el formulario de inscripción serán elegibles.

Al ser una clienta de NCP, usted tiene el acceso a servicios médicos de calidad, educación e información para ayudarle a hacer elecciones de un estilo de vida saludable para su bienestar personal.

El NCP le ofrece las siguientes pruebas si usted satisface las pautas estrictas de elegibilidad:

- Prueba Fecal de Sangre Oculta
- Colonoscopia

Cualquier persona que tiene más de 50 años de edad es elegible para completar un formulario de inscripción. Para averiguar si usted es elegible para el programa, tiene que

- Completar un formulario de historial médico colorrectal; y
- Firmar una divulgación de información médica.

Un hombre o mujer puede ser elegible para el NCP si:

- Él/ Ella tiene 50 años de edad o más
- Él/Ella está dentro de las pautas de sueldo (las pautas de sueldo cambian cada año en julio).

Si tiene preguntas acerca del NCP, llame al **1-800-532-2227** de lunes a viernes desde las 8:00 a.m. hasta las 5:00 p.m. (Horario Central) o nos puede mandar un e-mail a: ncp@dhhs.ne.gov.

Una vez que usted se haya inscrito en el programa, tiene una inscripción para la duración del programa.

Adjunto en este paquete usted ha recibido:

- Unfolleto
 - Pasos para tomar acerca de cómo utilizar el programa
 - Notificación de información de prácticas privadas
 - Pautas para la detección del cáncer de colon
 - Términos y definiciones del cáncer de colon
 - Consentimiento informado y divulgación de información médica (para que usted guarde)
 - Formulario de inscripción para una clienta actual de EWM (para mujeres que tienen más de 50 años de edad solamente)
 - Formulario de inscripción para cualquier persona que tiene más de 50 años de edad y que satisface las pautas de elegibilidad del programa.
- Sobre con franqueo

¿Qué Pasos Debo Tomar?

Si usted ya es una cliente de Cada Mujer Importa (EWM):

1. Lea, complete y firme el Historial Médico del Colon y la Divulgación de Información Médica que están en las páginas 9 y 10 de este paquete.
2. Mande la siguiente información en el sobre con franqueo:
 - Su Historial Médico del Colon completado y Divulgación de Información Médica firmada.

Si usted no es una cliente de Cada Mujer Importa (EWM):

1. Lea, complete y firme el formulario de inscripción, Historial Médico del Colon y Divulgación de Información Médica que están en las páginas 11 y 12 de este paquete.
2. Mande la siguiente información en el sobre con franqueo:
 - Su Formulario de Inscripción completado, Historial Médico del Colon y Divulgación de Información Médica firmada.

El Programa de Detección del Cáncer de Colon de Nebraska utilizará su historial médico del colon para determinar su elegibilidad a participar. El NCP tiene pautas estrictas de elegibilidad.

Una vez que el programa haya determinado su elegibilidad, usted recibirá información por correo.

Si usted necesita más formularios de inscripción para otras personas en su hogar o para amigos o miembros de su familia que tienen más de 50 años de edad, o si usted tiene preguntas, haga favor de llamarnos al **1-800-532-2227** o puede mandarnos un e-mail a: ncp@dhhs.ne.gov.

Términos y Definiciones de Cáncer Colorectal

Ano - La apertura del recto hacia afuera del cuerpo.

Cáncer - Una enfermedad en la cual las células crecen fuera de control . Las células cancerígenas pueden invadir tejido adjunto e infectar otras partes del cuerpo.

Cólon - Es también conocido como intestino largo. Este organo esta encargado de remover el agua de los alimentos digeridos. El material restante es un desperdicio sólido conocido como “excremento,” el cual se mueve por el cólon y el recto y sale del cuerpo por el ano. Las partes del cuerpo incluyen: cecum, colon ascendente, cólon transverso, cólon descendente, y cólon sigmoide. El cólon mide aproximadamente 6 pies. .

Colonoscopio - Un instrumento flexible, iluminado y con una cámara minúscula utilizada para ver adentro del colon y el recto.

Colonoscopia - Antes de esta prueba usted tomará un laxativo poderoso para limpiar el cólon. La colonoscopia será realizada en la oficina del doctor, la clínica u hospital. Se le dará el sedativo para que se sienta mas cómoda mientras el doctor utiliza un tubo estrecho, flexible e iluminado para ver adentro del recto y el cólon. Durante dicha prueba el doctor puede remover pólipos y tomar muestras de tejido o células para mas pruebas. Esta prueba es recomendada cada 10 años..

Colorectal - Relacionado al cólon, recto, o ambos.

Enema Double de Contraste de Bario - Esta prueba se lleva a cabo en un centro de radiología u hospital. Antes de la prueba le darán un sedativo poderoso y/o enema para limpiar el cólon. Este procedimiento incluye rayos X del recto y el cólon después de haber tomado el enema con una solución de bario, seguido por una inyección de aire. El bario cubre los intestinos y asi los pólipos y otras anormalidades son visibles en los rayos X. Esta prueba es recomendada cada 5 años.

Prueba Fecal de Sangre Oculta (FOBT) – Esta prueba checa la prescencia del sangre oculta en la sangre. En su hogar, utilizando un palito del Kit, usted pondrá una muestra de excremento por tres días consecutivos en las tarjetas para pruebas. Usted regresará dichas tarjetas a la oficina del doctor o laboratorio, en donde serán checadas para la presencia de sangre. Esta prueba es recomendada anualmente. Si existe la presencia de sangre, se le recomendará una colonoscopia

Sigmoidoscopia Flexible – Antes de esta prueba, se le administrará un laxativo poderoso y/o enema para limpiar el cólon. Esta prueba es conducida en la oficina del doctor, clínica u hospital. El doctor utilizará un tubo estrecho, flexible e iluminado para observar dentro del recto y la parte inferior del cólon. Durante esta prueba, el doctor tomará muestras o removerá pólipos para pruebas posteriores. Esta prueba es recomendada cada 5 años. Si se encuentran pólipos usted necesitará una colonoscopia.

Gastroenterologo- Un doctor que se especializa en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades del sistema digestivo (el cual incluye esófago, estómago, páncreas, intestinos e hígado).

Términos y Definiciones de Cáncer Colorectal

Tracto Gastrointestinal - La parte del tracto digestivo en donde el cuerpo procesa los alimentos y elimina los residuos. Incluye el esófago, estómago, hígado, intestino y recto.

Intestino - Un órgano en forma de tubo largo localizado en el abdomen, que completa el proceso de digestión. Existen dos tipos, el intestino delgado y el grueso.

Pólipo - Un crecimiento anormal de tejido, usualmente precancerígeno (pólipos colorectales son crecimientos de tejidos en el intestino).

Recto - Las últimas 8 o 10 pulgadas del intestino grueso. El recto guarda el excremento hasta que deja el cuerpo a través del ano.

Prueba de exploración - “Pruebas de Exploración” son pruebas usadas para checar enfermedades cuando no hay síntomas. Pruebas de exploración pueden incluir: **prueba fecal de sangre oculta, sigmoidoscopia flexible, colonoscopia, y contraste doble de enema de bario.** (Cuando se realiza una prueba para determinar la existencia de síntomas, se llama prueba de diagnóstico).

Sigmoidoscopio - Un instrumento flexible, iluminado con una cámara minúscula que permite que el doctor observe el interior del recto y la parte baja del colon.

Excremento- La descarga fecal.

Aviso de Información y Prácticas de Privacidad

PORFAVOR GUARDE PARA FUTURAS REFERENCIAS. ESTE AVISO DESCRIBE COMO ES UTILIZADA SU INFORMACIÓN, COMO SERA DIVULGADA Y COMO USTED PUEDE ACCESAR DICHA INFORMACION. POR FAVOR REVISELA CUIDADOSAMENTE. Efectiva: 04/14/2003

El Sistema de Salud y Servicios Humanos del Estado de Nebraska, y aquellas agencias inclusivas de facilidades de cuidado y programas de asistencia pública, que están afiliadas bajo la sociedad de control común del Acto de Servicios Humanos y de la Salud de la Sociedad de Nebraska, son requeridas por ley federal a mantener la privacidad de Información de Salud Protegida y de proveer aviso de deberes legales y practicas de privacidad con respecto a Información Protegida de la Salud.

PRÁCTICAS Y USOS:

HHSS puede acceder, utilizar y compartir información médica con el propósito de:

- ◆ **Tratamiento:** Nosotros podremos utilizar su información médica para proveerle con servicios o tratamientos médicos. Por ejemplo; un doctor puede decir al nutriólogo si tiene diabetes para que se le sea recetada una dieta específica.
- ◆ **Pago:** Nosotros podremos divulgar su información médica para que el tratamiento y los servicios que usted recibirá puedan ser facturados. Por ejemplo, nosotros podremos utilizar su información médica de una cirugía que usted recibió en un hospital, para que el hospital pueda ser reembolsado.
- ◆ **Operaciones:** Nosotros podremos divulgarse información sobre operaciones médicas. Por ejemplo, nosotros podemos utilizar información médica para revisar su tratamiento y servicios para evaluar el desempeño del personal.

OTROS USOS PERMITIDOS Y DIVULGACIONES QUE PUEDEN SER REALIZADAS SI SU CONSENTIMIENTO:

- ◆ **Requerido Por la Ley:** Nosotros podremos divulgar su Información de Salud Protegida al grado que es permitido por la ley. Usted será notificada, si es requerido por la ley, de cualquier uso o divulgación.
- ◆ **Salud Pública:** Nosotros podremos divulgar su Información de Salud Protegida, si es autorizado por la ley, a alguna autoridad de salud pública que sea permitida por la ley a recaudar o recibir dicha información.
- ◆ **Enfermedades Comunicables:** Nosotros podremos divulgar su Información de Salud Protegida, si es autorizado por la ley, a alguna persona que haya sido expuesta a alguna enfermedad comunicable o que esté en riesgo de contraer o contagiar la condición o enfermedad.
- ◆ **Descuido de Salud:** Nosotros podremos divulgar su Información de Salud Protegida a una agencia de descuido de la salud para actividades autorizadas por la ley, u otras actividades necesarias para descuidos apropiados del sistema de cuidado de la salud, programas beneficiarios del gobierno, y leyes de derechos civiles.
- ◆ **Abuso o Negligencia:** Nosotros podremos divulgar su Información de Salud Protegida a una agencia autorizada por la ley para recibir reportes de abuso o negligencia. La divulgación será consistente con los requerimientos de las leyes federales y estatales aplicables.
- ◆ **Procedimientos Legales:** Nosotros podremos divulgar su Información de Salud Protegida en el curso de cualquier procedimiento administrativo en respuesta a una orden de una corte o de un tribunal administrativo (hasta el grado en el que sea expresamente autorizado), y en ciertas condiciones en respuesta a una citación, petición de descubrimiento, u otro proceso legal.
- ◆ **Aplicación de la Ley:** Nosotros también podremos divulgar su Información de Salud Protegida, siempre y cuando los requerimientos legales sean respetados, para propósitos de refuerzo de la ley.
- ◆ **Administración de la Comida y las Medicinas:** Nosotros podremos divulgar su Información de Salud Protegida a una persona o compañía tal como es requerido por la Administración de Comida y Medicinas (FDA).
- ◆ **Médico forense, Director de Funeral y Donación de Órganos:** Nosotros también podremos divulgar su Información de Salud Protegida a un médico forense o examinador médico para propósitos de identificación, determinación de causas de muerte o para que el examinador médico lleve a cabo otros deberes autorizados por la ley.
- ◆ **Investigación:** Nosotros también podremos divulgar su Información de Salud Protegida a investigadores a los que la investigación conducida ha sido aprobada por el consejo de revisión institucional para asegurar la privacidad de su Información de Salud Protegida.
- ◆ **Actividad Criminal:** Consistente con leyes estatales y federales, nosotros podremos divulgar su Información de Salud Protegida si creemos que el uso o divulgación es necesaria para prevenir o disminuir una seria amenaza a la salud o a la seguridad de la persona o el público.
- ◆ **Actividad Militar y Seguridad Nacional:** Cuando las condiciones apropiadas sean aplicables, nosotros podremos hacer uso o divulgar la Información de Salud Protegida de individuos que son parte del personal de las Fuerzas Armadas.
- ◆ **Compensación de trabajadores:** Nosotros podremos divulgar su Información de Salud Protegida para cumplir con las leyes de compensación de trabajadores y otros programas similares establecidos legalmente.
- ◆ **Presos:** Nosotros podremos divulgar su Información de Salud Protegida si usted es presa en una facilidad correccional en el curso de proveer cuidado para usted.
- ◆ **Usos y Divulgaciones Requeridas:** Bajo la ley, nosotros debemos divulgar cuando es requerido por la Secretaria del Departamento de Salud y de Servicios Humanos de Estados Unidos para investigar o determinar nuestra conformidad con los requerimientos de 45 CFR, Titulo II, Sección 164, et. seq.

OTROS USOS DE INFORMACIÓN MÉDICA

Usted puede proveernos con autorización escrita para utilizar su información médica para otros propósitos.

Aviso de Información Privacidad de Practicas

(Continuación de la página 6)

SUDERECHO A LA PRIVACIDAD:

- ◆ **Derecho a Inspeccionar y a Copiar.** Usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar información médica que pueda ser utilizada para tomar decisiones acerca de su cuidado. Normalmente, esto incluye documentos legales o de facturación pero no incluye notas de psicoterapia. Para inspeccionar y copiar su información médica, usted debe de someter se requisición por escrito en el Sitio del Servicio, al Sistema de Salud y Servicios Humanos de Nebraska, o a la Oficina de Administración de Proyectos HIPAA. Si usted requiere una copia de información, es posible que le cobremos una cuota por el costo de las copias, envío de correo, u otros materiales utilizados asociados con su petición. En ocasiones muy limitadas, es posible que le neguemos la inspección y copia de ciertos materiales. Si se le es negado el acceso a la información médica, usted puede pedir que la negación sea revisada. Para mayor información llame al **(402) 471-8417**.
- ◆ **Derecho a Enmienda:** Si usted siente que su información médica es incorrecta o incompleta, nos puede pedir que enmendemos dicha información. Usted tiene el derecho de pedir dicha enmienda siempre y cuando la información quede bajo poder de HHSS. Para pedir una enmienda, su petición debe de ser por escrito y sometida en el Sitio de Servicio, al Sistema de Salud y Servicios Humanos de Nebraska, o a la Oficina de Administración de Proyectos HIPAA. Adicionalmente debe de proveer información que sustente dicha petición. Nosotros me podemos negar la petición de enmienda si no es hecha por escrito o si no incluye la razón por la cual es requerida. Adicionalmente, nosotros le podemos negar dicha petición si nos pide que enmendemos información que:
 - ◆ No fue creada por nosotros, a menos que la persona o entidad que creo dicha información ya no esté disponible para hacer dicha enmienda;
 - ◆ No es parte de la información médica guardada por o para HHSS;
 - ◆ No es parte de la información de la cual usted tiene derecho de inspeccionar o copiar; o,
 - ◆ Es exacta y completa.
- ◆ **Derecho a Contabilidad de Divulgaciones.** Usted tiene derecho de pedir una “Contabilidad de Divulgaciones”, la cual es una lista de las divulgaciones que hemos hecho de información médica sobre usted. Para requerir dicha lista, usted debe de ser por escrito y sometida en el Sitio de Servicio, al Sistema de Salud y Servicios Humanos de Nebraska, o a la Oficina de Administración de Proyectos HIPAA a la dirección al principio de este aviso. Su requisición debe de contener cierto periodo de divulgaciones, las cuales no deben de ser mayores de seis (6) años y que no incluyan fechas anteriores al 14 de Abril del 2003. Su requisición debe de indicar en que forma quiere la lista que le será provista: por ejemplo, en papel o por medio de correo electrónico.
- ◆ **Derecho a Requerir Restricciones.** Usted tiene derecho a requerir una restricción o limitación de la información médica que utilizamos acerca de su tratamiento, pago, u operaciones del cuidado de su salud, tal como de un miembro de la familia o una amistad. Por ejemplo, usted puede pedir que no divulguemos información acerca de la cirugía que ha sido realizada.
- ◆ **Nosotros no estamos requeridos a acceder a su petición de restricciones.** En caso de aceptemos, nosotros accederemos con su petición a menos que la información sea necesaria para proveer tratamiento de emergencia. Para requerir restricciones, usted debe de hacer la requisición por escrito en el Sitio de Servicio, al Sistema de Salud y Servicios Humanos de Nebraska, o a la Oficina de Administración de Proyectos HIPAA a la dirección al principio de este aviso. En su petición usted debe de informarnos: (1) que información quiere que sea limitada, (2) si quiere limitarla a nuestro uso, divulgación, o ambas; y (3) a quien quiere que dichas limitaciones apliquen; por ejemplo, divulgaciones de su esposo(a).
- ◆ **Derecho a requerir Comunicación Confidencial.** Usted tiene el derecho a requerir que nosotros nos comuniquemos con usted acerca de cuestiones médicas de cierta forma o en cierta locación. Por ejemplo, usted nos puede pedir que solo lo contactemos a su trabajo o por correo. Para requerir comunicación confidencial, usted debe de hacerlo por escrito en el Sitio de Servicio, al Sistema de Salud y Servicios Humanos de Nebraska, o a la Oficina de Administración de Proyectos HIPAA. Su requisición debe de especificar como o donde quiere que lo contactemos.

Quejas

Si usted cree que su los derechos de su privacidad han sido violados, usted puede someter una queja con **HHSS** o con la **Secretaria del Departamento de Salud y de Servicios Humanos de los Estados Unidos**. Para someter una queja con HHSS, usted puede contactar nuestro contacto privado, a la **Oficina de Administración de Proyectos HHSS HIPAA al (402) 471-8417, de lunes a viernes de 9:00 a.m. a 4:30 p.m.**, excepto días feriados estatales, o escriba a hhss.hipaaoffice@hhss.state.ne.us para más información acerca del proceso de quejas. Para someter una queja con HHS, contacte a la: **Oficina de Derechos Humanos, la Secretaria de Salud y Servicios Humanos, el Departamento de Salud y Servicios Humanos, 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201, 1-866-OCR-PRIV (627-7748), 1-866-778-4989-TTY.** Usted no será penalizado por someter una queja.

Cambios al Aviso de la Información de Practicas

El Sistema de Salud y Servicios Humanos del Estado de Nebraska se reserva el derecho de enmendar este aviso en cualquier momento futuro. Hasta que dicha enmienda sea hecha, HHSS es requerida por la ley a obedecer los términos de este aviso. HHSS proveerá un aviso con cualquier cambio de material en la revisión de esta póliza.

Información de Contacto

Este aviso satisface el requerimiento de “Aviso” por la Portabilidad de la Información de la Salud y Acta de Responsabilidad de 1996 (HIPAA) de la Regla de Privacidad Final. Si usted tiene preguntas acerca de cualquier parte de este Aviso de Información de la Privacidad de Prácticas o si desea más información en relación a las prácticas de información del Sistema de Salud y Servicios Humanos del Estado de Nebraska diríjelas a:

La oficina de Administración de Proyectos HIPAA, 301 Centennial Mall South, Lincoln, Nebraska 68509-9449. Por correo electrónico a: hhss.hipaaoffice@hhss.ne.gov.

Consetimiento Informado y Liberación de Información Médica

1. Lea esta página.
2. Firmela para demostrar que sabe lo que significa y que esta de acuerdo.
3. Regresela en el sobre postal prepagado.

-
- Yo quiero ser parte del Programa de Exploración del Cáncer de C6lon de Nebraska (NCP). Yo comprendo que debo de estar enlistada en Cada Mujer Importa (CMI) o debo de vivir en la misma casa de alguien que est6e enlistada en CMI para poder tomar parte en el programa NCP. Tambi6en comprendo que para que yo pueda ser parte de dicho programa, debo de firmar esta p6gina.
 - Si soy menor de 50 a6os de edad, yo s6e que no puedo ser parte del NCP.
 - Yo entiendo que el NCP checar6 mi historial familiar y me dir6 que prueba de exploraci6n contra el c6ncer de c6lon es mejor para mi.
 - Basado en mi historial familiar, yo puedo recibir tanto material educativo, como exploraciones, o ambas.
 - Yo s6e que el NCP me ayudar6 a cubrir el costo de la colonoscopia si determina que es la mejor prueba para mi.
 - Si yo recibo una colonoscopia por medio del NCP, yo comprendo que me pedir6n que pague el 10% del costo o tanto como yo pueda pagar.
 - Yo comprendo que mis pagos ayudar6n a otros con los gastos de la colonoscopia a trav6s del NCP.
 - Yo he hablado con mi cl6nica acerca de como voy a pagar por las pruebas o servicios que no est6n cubiertos por NCP.
 - El NCP puede recordarme cuando sea tiempo de hacerme una prueba de exploraci6n y puede mandarme informaci6n por correo para ayudarme a aprender mas acerca de mi salud. Yo seguir6 las recomendaciones que el doctor me d6e.
 - Yo comprendo que el NCP no pagar6 por tratamiento si soy diagnosticada con c6ncer del c6lon. El staff del NCP o de Medicaid puede checar mi ingreso y ayudarme a encontrar los recursos mas apropiados para mi tratamiento.
 - Mi doctor, laboratorio, cl6nica, unidad de radiolog6a, y/o el hospital puede dar los resultados de mi exploraci6n colorectal, pruebas de diagn6stico, y/o servicios de tratamiento al NCP.
 - Yo comprendo que el NCP puede consultar con mi doctor para saber si mi historial pasado requiere una revisi6n para determinar la mejor exploraci6n contra el c6ncer
 - Mi nombre, direcci6n, y/o otra informaci6n personal ser6 utilizada 6nicamente por el NCP. Puede ser utilizada para que me avisen si necesito pruebas de seguimiento. Esta informaci6n puede ser compartida con otras organizaciones que requieran conseguir recursos para mi tratamiento.
 - Otra informaci6n puede ser utilizada para estudios aprobados por el NCP y/o Los Centros de Control y Prevenci6n de Enfermedades para ser utilizado por investigadores para que aprendan mas sobre la salud del c6lon. Estos estudios no utilizar6n mi nombre o informaci6n personal.
 - Para ayudarme a tomar las mejores decisiones sobre mi salud, CMI puede compartir informaci6n sobre mi salud, incluyendo resultados de laboratorio e historial cl6nico con mis proveedores de salud.

Sistema de Servicios Humanos y de la Salud - Programa de C6ncer de Colon de Nebraska
301 Centennial Mall South, P.O. Box 94817 - Lincoln, NE 68509-4817
1-800-532-2227 - Fax: 1-402-471-0913

Para clientas de Cada Mujer Importa, 50-64 años, ÚNICAMENTE

Forma de Enlistamiento



1. **Llene la información de esta página. Escriba claro.**
2. **Lea y firme al reverso de esta página.**
3. **Regrese esta forma a Cada Mujer Importa.**

Versión Julio 2007

Nombre	Inicial	Apellido	Nombre de soltera	Fecha de Nacimiento mes / día / año
¿Cómo escuchó del programa? <input type="checkbox"/> Doctor <input type="checkbox"/> Otro proveedor de la salud <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Amigas <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> Televisión <input type="checkbox"/> Revista <input type="checkbox"/> Periódico <input type="checkbox"/> Anuncio <input type="checkbox"/> Correo/Volante <input type="checkbox"/> Programa CMI <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Community Event <input type="checkbox"/> Otro _____				
Historia Familiar: (por favor consulte la página 4 para la terminología de las exploraciones) ¿A cuántos miembros de la familia (padres, hermanos, hijas) les han dicho que tienen cáncer rectal o del cólon? (circule uno) 0 1 2 3+ No sé ¿Cuántos de esos miembros de la familia eran menores de 60 años? (circule uno) 0 1 2 3+ No sé ¿A cuántos miembros de la familia (padres, hermanos, hijas) les han dicho que tienen pólipos en el cólon? (circule uno) 0 1 2 3+ No sé ¿Cuántos de esos miembros de la familia eran menores de 50 años? (circule uno) 0 1 2 3+ No sé ¿A cuántos parientes (padres, hermanos, hermanas, hijos) se les han dicho que tienen otros tipos de cáncer? (circule uno) 0 1 2 3+ No sé ¿Qué tipo de cáncer tienen? _____				
Historia Personal : (por favor consulte la página 4 para la terminología de las exploraciones) ¿Alguna vez ha tenido alguna de estas pruebas?: Prueba Fecal de Sangre Oculta (FOBT) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé Fecha ____/____/____ ¿Qué dijo su doctor acerca de la prueba? _____ ¿Fue su prueba positiva o negativa? <input type="checkbox"/> Positiva <input type="checkbox"/> Negativa Colonoscopia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé Fecha ____/____/____ ¿Qué dijo su doctor acerca de la prueba? _____ ¿Se sacaron pólipos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé Sigmoidoscopia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé Fecha ____/____/____ ¿Qué dijo su doctor acerca de la prueba? _____ ¿Se sacaron pólipos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé Enema de Bario de Contraste Doble(DCBE) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé Fecha ____/____/____ ¿Qué dijo su doctor acerca de la prueba? _____ ¿Alguna vez le ha dicho un doctor, enfermera o un profesional de la salud que usted tiene: Enfermedad de Crohns <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé Adenomatous Polyposis Familiar (FAP) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé Cáncer Colorectal Hereditario Sin Poliposis (HNPCC) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé Enfermedad Inflammatoria del Intestino (IBD) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé Colitis Ulcerativa <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé ¿Está usted bajo tratamiento por alguna de las condiciones anteriores? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé ¿Dentro de los últimos 30 días, ¿ha sangrado usted del recto? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé ¿Qué dijo su doctor acerca de la hemorragia rectal? _____ ¿Alguna vez le han dicho que tiene pólipos en el cólon? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé ¿Qué tipo de pólipos eran? _____ ¿Cuántos pólipos eran? _____ ¿Alguna vez le han dicho que tiene cáncer rectal o del cólon? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé Si la respuesta es si, dónde fue diagnosticado? ____/____/____				
Por favor díganos quien es su proveedor de la salud primario: _____ Nombre de la clínica: _____ Ciudad: _____ Teléfono: _____				

Lea y firme la liberación de información médica al reverso de esta página.

Consetimiento Informado y Liberación de Información Médica

1. Lea esta página.
2. Firmela para demostrar que sabe lo que significa y que esta de acuerdo.
3. Regresela en el sobre postal prepagado.

-
- Yo quiero ser parte del Programa de Exploración del Cáncer de Cólón de Nebraska (NCP). Yo comprendo que debo de estar enlistada en Cada Mujer Importa (CMI) o debo de vivir en la misma casa de alguien que esté enlistada en CMI para poder tomar parte en el programa NCP. También comprendo que para que yo pueda ser parte de dicho programa, debo de firmar esta página.
 - Si soy menor de 50 años de edad, yo sé que no puedo ser parte del NCP.
 - Yo entiendo que el NCP checará mi historial familiar y me dirá que prueba de exploración contra el cáncer de cólon es mejor para mí.
 - Basado en mi historial familiar, yo puedo recibir tanto material educativo, como exploraciones, o ambas.
 - Yo sé que el NCP me ayudará a cubrir el costo de la colonoscopia si determina que es la mejor prueba para mí.
 - Si yo recibo una colonoscopia por medio del NCP, yo comprendo que me pedirán que pague el 10% del costo o tanto como yo pueda pagar.
 - Yo comprendo que mis pagos ayudarán a otros con los gastos de la colonoscopia a través del NCP.
 - Yo he hablado con mi clínica acerca de como voy a pagar por las pruebas o servicios que no están cubiertos por NCP.
 - El NCP puede recordarme cuando sea tiempo de hacerme una prueba de exploración y puede mandarme información por correo para ayudarme a aprender mas acerca de mi salud. Yo seguiré las recomendaciones que el doctor me dé.
 - Yo comprendo que el NCP no pagará por tratamiento si soy diagnosticada con cáncer del cólon. El staff del NCP o de Medicaid puede checar mi ingreso y ayudarme a encontrar los recursos mas apropiados para mi tratamiento.
 - Mi doctor, laboratorio, clínica, unidad de radiología, y/o el hospital puede dar los resultados de mi exploración colorectal, pruebas de diagnóstico, y/o servicios de tratamiento al NCP.
 - Yo comprendo que el NCP puede consultar con mi doctor para saber si mi historial pasado requiere una revisión para determinar la mejor exploración contra el cáncer
 - Mi nombre, dirección, y/o otra información personal será utilizada únicamente por el NCP. Puede ser utilizada para que me avisen si necesito pruebas de seguimiento. Esta información puede ser compartida con otras organizaciones que requieran conseguir recursos para mi tratamiento.
 - Otra información puede ser utilizada para estudios aprobados por el NCP y/o Los Centros de Control y Prevención de E Enfermedades para ser utilizado por investigadores para que aprendan mas sobre la salud del cólon. Estos estudios no utilizarán mi nombre o información personal.
 - Para ayudarme a tomar las mejores decisiones sobre mi salud, CMI puede compartir información sobre mi salud, incluyendo resultados de laboratorio e historial clínico con mis proveedores de salud.

Firma del Cliente	Fecha de Firma/Enlistamiento
Por favor escriba su nombre	Fecha de Nacimiento

Sistema de Servicios Humanos y de la Salud - Programa de Cáncer de Colon de Nebraska
301 Centennial Mall South, P.O. Box 94817 - Lincoln, NE 68509-4817
1-800-532-2227 - Fax: 1-402-471-0913

- Yo tengo mas de 50 años y vivo en la casa de alguien enlistado en Cada Mujer Importa (CMI).

Forma de Enlistamiento



1. **Llene la información de esta página.** Escriba por favor.
2. **Lea y firme al reverso de esta página.**
3. **Regrese esta forma a Cada Mujer Importa.**

Versión Julio 2007

Nombre		Inicial	Apellido		Nombre de soltera
Fecha de Nacimiento <small>mes / día / año</small>		Edad	Género M / F	Número de Seguro Social	
Dirección			Ciudad	Condado	Estado Zip
Telefono en el Hogar () () ()		Teléfono en la Oficina () () ()		¿Cómo escuchó del programa? <input type="checkbox"/> Doctor <input type="checkbox"/> Proveedor de la Salud <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> Televisión <input type="checkbox"/> Revista <input type="checkbox"/> Periódico <input type="checkbox"/> Anuncio <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Volante <input type="checkbox"/> CMI <input type="checkbox"/> Evento Comunitario <input type="checkbox"/> Otro _____	
Persona a Contactar: _____		Relación: _____ Teléfono: () () ()		Dirección: _____	
Ciudad: _____		Estado: _____		Zip: _____	
¿De qué raza o etnicidad es usted? <input type="checkbox"/> Indio Americano Tribu _____ <input type="checkbox"/> Negro/Africano Americano <input type="checkbox"/> Mexico Americano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> De las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro _____			¿Es usted de origen Hispano/Latino? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No País de Origen: _____ ¿Cuál es su lenguaje primario ? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro _____		
Grado que completó en la Escuela : <i>circule uno</i> 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16+					
<i>Se me requerirá mostrar pruebas de que mi ingreso está dentro de los lineamientos cuando sea contactada por la gente de CMI. Si estoy por encima de los limeamientos, yo seré responsable de mis gastos.</i>					
¿Cuál es tu ingreso antes de impuestos? Ingreso Anual : \$ _____			¿Cuántas gentes viven con éste salario?		
Historia Familiar: (por favor consulte la página 4 para la terminología de las exploraciones)					
¿A cuántos miembros de la familia (padres, hermanos, hijas) les han dicho que tienen cáncer rectal o del cólon? (<i>circule uno</i>) 0 1 2 3+ No sé					
¿Cuántos de esos miembros de la familia eran menores de 60 años? (<i>circule uno</i>) 0 1 2 3+ No sé					
¿A cuántos miembros de la familia (padres, hermanos, hijas) les han dicho que tienen pólipos en el cólon? (<i>circule uno</i>) 0 1 2 3+ No sé					
¿Cuántos de esos miembros de la familia eran menores de 50 años? (<i>circule uno</i>) 0 1 2 3+ No sé					
¿A cuántos parientes (padres, hermanos, hermanas, hijos) se les han dicho que tienen otros tipos de cáncer? (<i>circule uno</i>) 0 1 2 3+ No sé					
¿Qué tipo de cáncer tienen? _____					
Historia Personal : (por favor consulte la página 4 para la terminología de las exploraciones)					
¿Alguna vez ha tenido alguna de estas pruebas?:					
Prueba Fecal de Sangre Oculta (FOBT)		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No		Fecha ____/____/____	
¿Qué dijo su doctor acerca de la prueba? _____					
¿Fue su prueba positiva o negativa?		<input type="checkbox"/> Positiva <input type="checkbox"/> Negativa			
Colonoscopia		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé		Fecha ____/____/____	
¿Qué dijo su doctor acerca de la prueba? _____					
¿Se sacaron pólipos?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé			

Dirección Postal: Every Woman Matters-301 Centennial Mall South, P.O. Box 94817-Lincoln, NE 68509-4817

COMPLETE Y FIRME AL REVERSO

Forma de Enlistamiento al Programa de Exploración de Cáncer del Cólon de Nebraska

Sigmoidoscopia Si No No sé Fecha ____/____/____

¿Qué dijo su doctor acerca de la prueba? _____

¿Se sacaron pólipos? Si No No sé

Enema de Bario de Contraste Doble(DCBE) Si No No sé Fecha ____/____/____

¿Qué dijo su doctor acerca de la prueba? _____

¿Alguna vez le ha dicho un doctor, enfermera o un profesional de la salud que usted tiene:

Enfermedad de Crohns Si No No sé

Adenomatous Polyposis Familiar (FAP) Si No No sé

Cáncer Colorectal Hereditario Sin Poliposis (HNPCC) Si No No sé

Enfermedad Inflammatoria del Intestino (IBD) Si No No sé

Colitis Ulcerativa Si No No sé

¿Está usted bajo tratamiento por alguna de las condiciones anteriores? Si No No sé

¿Dentro de los últimos 30 días, ¿ha sangrado usted del recto? Si No No sé

¿Qué dijo su doctor acerca de la hemorragia rectal? _____

¿Alguna vez le han dicho que tiene pólipos en el cólon? Si No No sé

¿Qué tipo de pólipos eran? _____

¿Cuántos pólipos eran? _____

¿Alguna vez le han dicho que tiene cáncer rectal o del cólon? Si No No sé

Si la respuesta es si, dónde fue diagnosticado? ____/____/____

Por favor díganos quien es su proveedor de la salud primario: _____

Nombre de la clínica: _____ Ciudad: _____ Teléfono: _____

Consentimiento Informado y Liberación de Información Médica

- Yo quiero ser parte del Programa de Exploración de Cáncer del Colon de Nebraska (NCP). Yo entiendo que debo de ser parte del programa Cada Mujer Importa (EWM) o debo de vivir en el hogar de alguien que sea parte de EWM para poder ser parte del programa NCP. También comprendo que debo de firmar a continuación.
- Si soy menor de 50 años de edad, comprendo que no puedo ser parte del NCP.
- Yo comprendo que el NCP revisará mi historial para decirme que prueba de exploración es mejor para mi.
- Basado en mi historial de salud, podre recibir exploraciones o material educativo de la salud .
- Comprendo que el NCP me ayudará a cubrir el costo de la colonoscopia si el NCP piensa que es el mejor tipo de prueba de eploración de cáncer para mi.
 - Si yo recibo una colonoscopia a través del NCP, yo comprendo que se me pedirán que pague el 10% o tanto como pueda del costo.
 - Yo comprendo que mis pagos ayudarán a otros con el costo de la colonoscopia a través del NCP.
- Yo he hablado con la clínica acerca de como voy a pagar por las pruebas que no sean cubiertas por el NCP.
- El NCP me puede recordar cuando sea tiempo de hacerme pruebas de exploración o mandarme información por correo para ayudarme a aprender mas sobre mi salud. Yo seguiré los consejos que el doctor me dé.
- Yo comprendo que el NCP no pagará por tratamiento si soy diagnosticada con cáncer de colon. El personal del NCP o de Medicaid puede checar mis ingresos y ayudarme a conseguir los recursos mas apropiados para tratamiento.
- Mi doctor, laboratorio, clínica, unidad de radiología, y/o el hospital, pueden dar los resultados de mi exploración colorectal, pruebas de diagnóstico y/o tratamiento al NCP.
- Mi nombre, dirección y/o otra información personal sera utilizada únicamente por el NCP. Puede ser utilizada para avisarme cuando necesite pruebas de seguimiento. Esta información puede ser compartida con otras organizaciones para buscar recursos para tratamiento.
- Otra inforación puede ser utilizada para estudios aprovados por la NCP y/o El Centro de Control y Prevención de enfermedades para su uso por investigadores externos para aprender mas sobre la salud del colon. Dichos estudios no utilizarán mi nombre o información personal.
- Para ayudarme a tomar las mejores decisiones sobre mi salud, CMI puede compartir información sobre mi salud, incluyendo resultados de laboratorio e historial clínico con mis proveedores de salud.

Firma

Fecha de la firma

Escriba su nombre

Fecha de Nacimiento