



## WISEWOMAN Informed Consent for Medicaid Recipients

Yo entiendo que el programa de MUJERSABIA (WISEWOMAN Program, por su nombre en inglés), me ayudará a determinar mis riesgos de tener una enfermedad cardiovascular (también conocida como enfermedad del corazón), de tener un ataque al corazón, un infarto, diabetes o presión arterial alta. El programa trabajará conmigo para ayudarme a hacer los cambios que pueden disminuir los riesgos de tener dichas enfermedades. Mi información se mantendrá en privado y no se compartirá con nadie que no sea del programa MUJERSABIA, de la clínica o del Departamento de Salud de Rhode Island. La oficina de "Medicaid" de RI y los Centros para la Prevención y Control de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) recibirán datos de forma colectiva. Ellos no tendrán mi nombre, por lo tanto la información que recibirán será anónima. Dicha información será usada únicamente para cumplir con los propósitos del programa MUJERSABIA. Cualquier reporte que se publique contendrá solamente datos de los participantes del grupo, y por lo tanto no será posible identificar a ninguna persona por la información allí contenida.

### ¿Qué servicios recibiré como participante del Programa MUJERSABIA?

- Me tomarán mis medidas de peso y estatura.
- Me chequearán la presión arterial.
- Me harán una prueba de sangre para medir mi azúcar en la sangre (ej. el A1C, la glucosa) y los lípidos (ej. el colesterol). Estas pruebas no reemplazan un examen médico y tal vez no revelen si tengo un problema médico. Puede ser que yo experimente una pequeña molestia cuando me tomen la muestra de sangre.
- Yo contestaré preguntas acerca del historial de salud tanto mío como familiar.
- Yo contestaré preguntas acerca de mi alimentación, mi actividad física y mis hábitos de fumar cigarrillos.
- Yo entiendo que los resultados de las pruebas y las respuestas a las preguntas sobre el historial de salud no son un diagnóstico a enfermedades.
- Si alguno de mis resultados no son normales, es posible que me refieran a un proveedor que me ayudará con esas preocupaciones.
- Yo acepto la responsabilidad de tener un seguimiento con un proveedor de cuidado de la salud, si me es sugerido que lo haga.
- Yo tendré la oportunidad de trabajar paso a paso para lograr una mejor salud.
- Si lo decido, yo puedo trabajar con un profesional de la salud y trazarme metas saludables para reducir los riesgos de tener un infarto, un ataque al corazón o tener diabetes. Me trazare metas que sean de interés para mí. Estas metas pueden ser acerca de consumir alimentos saludables, estar activa, no fumar o tomar mis medicinas correctamente.
- Yo entiendo que la actividad física puede ser parte del programa de MUJERSABIA. Hablaré con el personal médico acerca de empezar un programa de ejercicios y/o los alertaré, si es que tengo alguna preocupación de mi habilidad para incrementar de forma segura el nivel de mi actual actividad física. Además, si el personal de la clínica piensa que yo pueda tener problema al incrementar mi actividad física, puede ser que me refieran a un médico para que determine si yo puedo participar de forma segura en la actividad física como parte del programa.

### ¿Quién es elegible para el programa MUJERSABIA?

- Mujeres entre las edades de 40-64 y que estén en "Medicaid"
- Mujeres entre las edades de 30-64 y que estén en el programa de Pruebas Para el Cáncer en la Mujer

### ¿Quién pagará por los servicios de MUJERSABIA?

- El seguro de "Medicaid" que usted tiene pagará por las visitas al médico, las pruebas de sangre, visitas de seguimiento si es que usted tiene resultados anormales y cualquier medicina que le recete su médico en relación con el programa.

- MUJERSABIA le cubrirá el costo de las visitas con el personal del programa, para contestar todas las preguntas de la Evaluación de los Riesgos de Salud, asesoría con personal no clínico, servicios de traducción vía teléfono y otros recursos de MUJERSABIA en la comunidad, como membresía a “YMCA”, “Weight Watchers”, “TOPS” y “Curves”.

Yo entiendo completamente la información en esta hoja y estoy de acuerdo en participar en el programa MUJERSABIA (WISEWOMEN Programa, por su nombre en inglés) Yo puedo revocar mi autorización y retirarme del programa en cualquier momento enviando al proveedor una solicitud de cancelación por escrito.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha (mes/día/año)

PLACE OFFICE STAMP HERE:

\_\_\_\_\_  
Nombre (letra imprenta)

Fecha de nacimiento (mes/día/año): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_