



## Programa contra el cáncer de mama y el cáncer de cuello de útero (BCCP) del programa Medicaid de Colorado

Formulario de contacto y consentimiento de la paciente (debe ser completado por clientas diagnosticadas fuera del programa WWC)

Ingrese su información de contacto a continuación.

Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Ingrese la información de contacto de su proveedor de atención médica a continuación. (Esta es la misma persona que le proporcionó un diagnóstico).

Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_

Dirección del proveedor: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del proveedor: \_\_\_\_\_

Escriba su nombre completo en letra de imprenta en la declaración de consentimiento. Luego, firme y escriba la fecha.

Yo, \_\_\_\_\_, doy mi consentimiento al Programa contra el cáncer de mama y el cáncer de cuello de útero (Breast and Cervical Cancer Program, BCCP) del Departamento de Políticas y Financiamiento de Atención Médica de Colorado para compartir cualquier información relacionada con la recepción de mi solicitud para el BCCP y mi diagnóstico de cáncer con el programa Women's Wellness Connection (WWC) del Departamento de Salud Pública y Medio Ambiente de Colorado.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Envíe este formulario como parte de su solicitud de Medicaid para BCCP completada.