

**Consentimiento para la detección de sangre oculta en heces
(Immunochemical Fecal Occult Blood Test, iFOBT)**

Información del participante COMPLETAR EN LETRA IMPRESA CON CLARIDAD		Proveedor de atención primaria (médico, profesional de enfermería, etc.)
Nombre		Nombre del proveedor
Fecha de nacimiento	Edad <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Clínica
Dirección		Dirección
Ciudad, Estado, Código postal		Ciudad, Estado, Código postal
Número. de teléfono		Número. de teléfono
Raza: (opcional. esta información se utilizará con fines demográficos).		
<input type="checkbox"/> Caucásico/blanco <input type="checkbox"/> Indio americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Otra		
¿Cómo se enteró de este evento? <input type="checkbox"/> Médico/proveedor <input type="checkbox"/> Familia/amigo <input type="checkbox"/> Correo electrónico/boletín informativo <input type="checkbox"/> Cartel/folleto <input type="checkbox"/> Sitio web <input type="checkbox"/> Facebook/Blog <input type="checkbox"/> Radio/Noticiero <input type="checkbox"/> Otro: _____		

Información del participante:

	Marque con una tilde:	SÍ	NO
1. ¿Alguna vez le han detectado cáncer colorrectal?			
2. ¿Alguna vez le efectuaron una colonoscopia? De ser así, ¿cuándo?			
3. ¿Tiene algún motivo para creer que tiene un "alto riesgo" de padecer cáncer colorrectal? ¿Por qué?			
4. ¿Tiene en la actualidad cobertura de seguro médico?			

Consentimiento para el examen de detección:

- Por la presente presto mi consentimiento para realizar un examen de detección de sangre oculta en heces. Entiendo que esta prueba analiza las muestras de heces en busca de sangre oculta, lo que puede significar un indicio de cáncer, pólipos u otros trastornos internos. Un resultado negativo en el examen de detección iFOBT **no asegura la** ausencia de cáncer colorrectal. Este examen no sustituye una colonoscopia, que es el mejor método de detección del cáncer colorrectal.
- Comprendo los beneficios y las alternativas involucradas de este método de detección.
- Entiendo que los resultados de este examen de detección de sangre oculta en heces no formará parte de mi expediente médico.
- Por medio del presente, autorizo a Coborn Cancer Center a compartir conmigo los resultados del examen de detección de sangre oculta en heces y, en caso de ser positivo, con el proveedor de atención primaria (si se lo mencionó arriba en el presente).
- Para el diagnóstico de un problema médico, entiendo que debo ver a mi proveedor de atención primaria a fin de que me realice un examen médico completo. Es mi responsabilidad ponerme en contacto con mi proveedor de atención primaria en relación con los resultados de este examen.
- Entiendo que recibiré una copia del presente formulario.
- Comprendo que Coborn Cancer Center compilará la información obtenida a raíz de este examen de detección con motivos estadísticos y mantendrá toda la información de conformidad con las leyes estatales o federales de privacidad o confidencialidad.

POR LA PRESENTE LIBERO A COBORN CANCER CENTER Y A CENTRACARE LABORATORY SERVICES DE TODA RESPONSABILIDAD POR DAÑOS DE CUALQUIER TIPO RELACIONADOS CON EL EXAMEN DE DETECCIÓN DE SANGRE OCULTA EN HECES, LOS ACCIDENTES, LAS LESIONES, LAS ENFERMEDADES Y TODO OTRO DAÑO O PÉRDIDA DE CUALQUIER TIPO, PREVISTO O IMPREVISTO, QUE PUEDA DERIVARSE DIRECTA O INDIRECTAMENTE DE MI PARTICIPACIÓN EN ESTE PROGRAMA DE DETECCIÓN.

Yo, (nombre en letra imprenta) _____ he leído este consentimiento, entiendo y comprendo su contenido.

Firma del participante _____ Fecha _____