

# RECHAZO / APLAZAMIENTO DE UN SERVICIO, PROCEDIMIENTO, PRUEBA Y/O EXAMEN DEL PROGRAMA NC BCCCP / NC WISEWOMAN

Las pacientes del programa de Control del Cáncer de Mama y de Cuello Uterino de Carolina del Norte (NC BCCCP) / NC WISEWOMAN pueden rechazar un procedimiento, servicio y/o examen cuando reciben atención en

---

Se aconsejará a las pacientes sobre los posibles riesgos para la salud asociados con el rechazo o la demora de los exámenes, pruebas o procedimientos preventivos de mama y/o cuello uterino. El proveedor de NC BCCCP / NC WISEWOMAN obtendrá la firma del rechazo de la paciente.

## PROCEDIMIENTO (PRUEBA, EXAMEN, SERVICIO)

1. Todas las pacientes firmarán el Consentimiento para servicios del programa NC BCCCP / NC WISEWOMAN.
2. Se informará a las pacientes sobre las pruebas, procedimientos y/o servicios que se consideran una gestión adecuada de su visita en el programa NC BCCCP / NC WISEWOMAN (examen de detección, servicio de diagnóstico, seguimiento o tratamiento a corto plazo a través de Cáncer de Mama y de Cuello Uterino de Medicaid [BCCM], un recurso que no sea del NC BCCCP o una remisión del programa NC WISEWOMAN).
3. Si una paciente elige rechazar un servicio, prueba y/o procedimiento, se le aconsejará sobre los posibles riesgos para la salud asociados con el rechazo de la atención. Además, el proveedor puede aplazar un servicio, prueba o procedimiento después de la conversación con la paciente.
4. Las pacientes firmarán y fecharán un formulario de "Declinación del servicio". Este formulario se conservará en la historia clínica de la paciente.
  - He sido informada de la necesidad de contar con el siguiente servicio, prueba y/o procedimiento en lo que se refiere a mi atención en el NC BCCCP/NC WISEWOMAN:

---

---

- He recibido información sobre la importancia de este servicio, prueba y/o procedimiento y entiendo por qué se recomienda.
- Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y he recibido respuestas a mis preguntas.
- En este momento no quiero el servicio, la prueba y/o el procedimiento enumerado anteriormente. Entiendo que, si deseo el servicio, la prueba o el procedimiento en el futuro, puedo conversar sobre esto más a fondo con el asesor o el proveedor del programa NC BCCCP / NC WISEWOMAN.

---

Firma de la paciente

---

Asesor/director de la clínica del NC BCCCP

---

Fecha

---

Fecha