

## Attachment 5b

Patient Cover Letter, Spanish

## Registry Logo

*Yo era estilista independiente cuando descubrí que tenía cáncer cervical. Nunca pensé que me daría cáncer, pero en el 2009 me diagnosticaron a través del Programa de servicios contra el cáncer del estado de Nueva York. Debido al alto costo del seguro para los trabajadores independientes, yo no contaba con seguro de salud en ese momento. Recuerdo haber sentido lo que solo puedo describir como una experiencia extra corporal que nunca olvidaré. A las pocas semanas del diagnóstico, comencé un tratamiento que incluía tanto radiación como quimioterapia. Los exámenes de seguimiento indican que sigo sin cáncer.*  
-Geraldine P., sobreviviente de cáncer cervical  
Edad al momento del diagnóstico: 62

Date

Participant Name

Address

City, State ZIP

Estimada Sra. *Participant Last Name*,

Quisiéramos invitarla a participar en un estudio de investigación llamado Estudio de Investigación de Casos de Cáncer Cervical (CICC, por sus siglas en inglés) llevado a cabo por el Registro de Cáncer de \_\_\_\_\_ conjuntamente con la universidad \_\_\_\_\_ y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés). **El objetivo de este estudio es entender mejor las experiencias de evaluación y seguimiento de las mujeres antes de ser diagnosticadas con cáncer cervical y está patrocinado por CDC.**

Su nombre (así como los nombres de aproximadamente otras 600 mujeres elegibles para este estudio) se obtuvo del Registro de Cáncer de \_\_\_\_\_, el cual fue creado por la Legislatura del estado para ayudar a encontrar las causas y curas del cáncer. Todos los diagnósticos nuevos de cáncer en *state* deben, por ley, ser reportados al Registro de Cáncer de \_\_\_\_\_. La información sobre personas diagnosticadas con cáncer solo puede ser divulgada para efectos de investigación a investigadores calificados que acuerden mantener la seguridad de la información que recopilen, y con la aprobación de la Junta de Revisión Institucional del Registro de Cáncer de \_\_\_\_\_.

Es decisión totalmente suya si participa en este estudio. Si quisiera formar parte de nuestro estudio, por favor revise los siguientes documentos:

- (1) **Hoja informativa para la participante de la investigación** – Esta hoja le brinda más información sobre el estudio, sus riesgos y beneficios, así como las protecciones que hemos establecido para mantener su información segura. Por favor, guárdela en sus registros.
- (2) **Encuesta de CICC** – Esta encuesta brinda información sobre sus experiencias con respecto a su atención. Por favor, responda esta encuesta y devuélvala en el sobre pagado.
- (3) **Formulario de autorización de entrega de registros médicos conforme a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus siglas en inglés)** – Este formulario nos permitirá acceder a los registros médicos pertinentes a su condición. Estamos solicitando revisar sus registros médicos debido a que quisiéramos obtener información clínica detallada de sus proveedores de atención médica sobre su evaluación y consultas de seguimiento, como el tipo de examen de Papanicolaou o VPH, los resultados clínicos y el tipo de tratamiento realizado antes de su diagnóstico, si lo hubiera. **Usted no está obligada a permitirnos el acceso a sus registros, pero esta información puede ser muy importante para entender mejor las formas para prevenir el cáncer cervical.**

Si nos brinda acceso a sus registros médicos, por favor llene el Formulario de autorización de entrega de registros médicos conforme a HIPAA y devuélvalo en el sobre prepagado (por favor, devuelva las tres páginas). Se brindan dos copias del formulario. Por favor, guarde la segunda copia en sus registros.

- (4) **Formulario de fuente de atención médica** – Este formulario identificará a los proveedores médicos con los que debemos comunicarnos para obtener sus registros médicos. El Registro de Cáncer de \_\_\_\_ no cuenta con una lista de sus proveedores de atención médica. **Brindarnos una lista de los proveedores de atención médica que la atendieron por temas ginecológicos y de atención preventiva para la salud de la mujer antes de su diagnóstico nos permitirá obtener el panorama más completo de sus experiencias de cuidado y puede ser muy importante para entender mejor las formas para prevenir el cáncer cervical.** Si nos brindará acceso a sus registros médicos, por favor llene el Formulario de fuente de atención médica y devuélvalo en el sobre prepagado.

En agradecimiento por su tiempo, le enviaremos una tarjeta de regalo por el monto de \$25 cuando recibamos sus materiales completos.

En los próximos días, un miembro del personal a cargo del estudio la llamará para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre el estudio. El número de teléfono que tenemos de usted es el (*PT Phone #*). Si este número no es correcto o si tiene algún otro número donde la podamos encontrar, por favor siéntase en libertad de comunicarse con \_\_\_\_, Administradora del estudio, al (800) \_\_\_\_-\_\_\_\_ (número de llamada gratuita) o al (\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_.

Espero que considere unirse a otras mujeres que han elegido participar en este importante estudio. Muchas gracias.

Atentamente,

*Signature*

*Director name, PhD*

Director, Registro de Cáncer del estado de *state*