

प्राधिकरण# _____ BCCHP#: _____

Breast, Cervical and Colon Health Program Consent
Breast, Cervical and Colon Health Program के लिए सहमती

कार्यक्रम का विवरण

Breast, Cervical and Colon Health Program (BCCHP) स्तन और ग्रीवा कैंसर की जाँच का समर्थन करने के लिए स्वास्थ्य प्रदाताओं, Washington State Department of Health (DOH) (वॉशिंगटन राज्य स्वास्थ्य विभाग), और Centers for Disease Control and Prevention (CDC) का संयुक्त प्रयास है। इस जाँच का उद्देश्य कैंसर की शुरुआती चरण में पहचान करना है ताकि इसको रोका जा सके या इसका उपचार किया जा सके। स्तन कैंसर के लिए जाँच में स्तन की जाँच और मैमोग्राम नामक स्तन एक्स-रे शामिल होता है। ग्रीवा कैंसर की जाँच में एक श्रोणि जाँच और ग्रीवा (गर्भाशय/गर्भ) से कोशाणुओं का नमूना लेना शामिल है जिसे पेप और HPV जाँच कहा जाता है।

जानकारी के प्रकाशन के लिए सहमति

मैं मेरे किसी भी और सभी मेडीकल देखभाल प्रदाताओं, क्लिनिकों, अस्पतालों, स्वास्थ्य बीमा योजनाओं, और BCCHP को एक-दूसरे को मेरी स्वास्थ्य देखभाल, ग्रीवा जाँचों, स्तन जाँचों, मैमोग्राम के बारे में और मुझे BCCHP द्वारा मेडीकल देखभाल से संबंधित कोई भी जानकारी प्रदान करने के लिए सहमती देता/देती हूँ। मैं समझता/समझती हूँ कि इस सहमती फ़ॉर्म की अवधि मेरे द्वारा इस फ़ॉर्म पर हस्ताक्षर करने की तिथि के 12 माह बाद समाप्त होती है। मुझे सेवाओं को जारी रखने के लिए 12 माह के बाद पुनः नामांकन करना होगा।

BCCHP के साथ साझा की गई कोई भी जानकारी गोपनीय रहेगी। यह जानकारी मेरे लिए, मेरी BCCHP सेवाओं में शामिल कर्मचारियों,

स्वास्थ्य देखभाल आथोरिटी Breast and Cervical Cancer Treatment Program (स्तन और ग्रीवा कैंसर उपचार कार्यक्रम) (यदि लागू हो), और Department of Health (स्वास्थ्य विभाग) (BCCHP के फंडिंग स्रोत) के लिए उपलब्ध है। इस जानकारी का उपयोग उपरोक्त बताए अनुसार BCCHP के उद्देश्यों को पूरा करने के लिए किया जाएगा। BCCHP से उत्पन्न होने वाली प्रकाशित रिपोर्टों में नाम के द्वारा किसी भी ग्राहक की पहचान नहीं की जाएगी। मैं समझता/समझती हूँ कि इस कार्यक्रम में भागीदारी करना स्वैच्छिक है और मैं किसी भी समय BCCHP से बाहर हो सकता/सकती हूँ और अपनी जानकारी को प्रकाशित करने की सहमती को रद्द कर सकता/सकती हूँ। मैं समझता/समझती हूँ कि यदि मुझ में स्तन और/या ग्रीवा कैंसर पाया जाता है, तो मैं Apple Health BCCTP के माध्यम से उपचार प्राप्त करने के लिए पात्र हो सकता/सकती हूँ। फिर BCCHP स्टाफ मेरी नामांकन में सहायता करेगा। मुझे केस प्रबंधन सेवाओं के रूप में प्राप्त हो रही सेवाओं के हिस्से के रूप में, मैं समझता/समझती हूँ कि मुझे उपचार के लिए अपनी सहमती देनी होगी और आवश्यकतानुसार अन्य जानकारी प्रदान करनी होगी।

यदि मैं मेरी पात्रता निर्धारित करने के लिए उपयोग की गई कोई गलत जानकारी देता/देती हूँ, तो मैं यह समझता/समझती हूँ कि मैं दंड के लिए ज़िम्मेदार हूँगा/हूँगी।

अपने नाम का हस्ताक्षर यहाँ लिखें _____ तिथि _____

गवाह: स्वास्थ्य सुविधा _____ तिथि _____

यहाँ पर बड़े शब्दों में अपना नाम लिखें _____

दुभाषिया (यदि उपयोग किया तो) _____ तिथि _____