

승인#: _____ BCCHP#: _____

Breast, Cervical and Colon Health Program Consent Breast, Cervical and Colon Health Program 동의서

프로그램 설명

Breast, Cervical and Colon Health Program(BCCHP, 유방암, 자궁경부암, 대장암 건강 프로그램)은 의료 제공자, 워싱턴주 Department of Health(DOH, 보건부)와 Centers for Disease Control and Prevention(CDC, 질병 통제 예방센터)의 공동 노력으로 유방암 및 자궁경부암 검진을 지원합니다. 검진 목적은 암을 조기 발견하여 예방 또는 치료할 수 있도록 하는 것입니다. 유방암 검진에는 유방 검사 및 유방조영상인 유방 X선 촬영이 포함됩니다. 자궁경부암 검진에는 골반 검사와 자궁경관(자궁 입구) 세포 샘플을 채취하는 자궁 경부 세포진 검사 및 인유두종 바이러스 검사가 포함됩니다.

정보 공개 동의

본인은 모든 의료 제공자, 진료소, 병원, 건강 보험 플랜 및 BCCHP 프로그램에 본인이 BCCHP를 통해 받는 본인의 의료 서비스, 자궁 경부암 검사, 유방 검사, 유방조영상 및 관련 의료 진료에 관한 정보를 서로 공개하는 데 동의합니다. 본인은 이 동의서는 본인이 이 양식에 서명한 날짜로부터 12개월 후에 만료됨을 이해합니다. 본인은 서비스를 지속하려면 12개월 이후 재가입해야 합니다.

BCCHP에 공개된 모든 정보는 기밀로 유지됩니다. 이 정보는 본인, 본인의 BCCHP 서비스 관련 직원, Health Care Authority(보건 당국)(해당되는 경우, Breast and Cervical Cancer Treatment Program(BCCTP, 유방암 및 자궁 경부암 치료 프로그램)) 및 Department of Health(BCCHP의 자금원) 에서 이용하게 됩니다. 이 정보는 위에서 설명한 BCCHP 목적을 이행하는 데 사용됩니다. BCCHP로 인해 발행된 보고서는 고객을 이름으로 식별하지 않습니다.

본인은 본 프로그램 참여가 자발적인 의사이며, BCCHP를 탈퇴하고 언제든지 정보 공개에 대한 본인의 동의를 철회할 수 있음을 이해합니다. 본인은 유방암 및/또는 자궁 경부암이 있는 것으로 밝혀지면 Apple Health BCCTP를 통해 치료받을 수 있는 자격에 해당될 수 있음을 이해합니다. 이후 BCCHP 직원은 가입 시 본인을 지원해 줄 것입니다. 본인은 본인이 받는 Case Management(케이스 관리) 서비스의 일환으로 치료에 동의하고 필요에 따라 다른 정보를 제공해야 할 수도 있음을 이해합니다.

본인은 본인의 자격 여부 결정에 사용되는 정보를 위조할 경우 기소 책임이 있음을 이해합니다.

여기에 이름 서명 _____ 날짜 _____

증인: 보건 시설 _____ 날짜 _____

여기에 이름 정자체 기입 _____

통역사(참여한 경우) _____ 날짜 _____