Breast Cervical & Colon Health Program
401 5th Ave #1110, Seattle WA 98104
T 206-263-8176 F 206-296-0208

Breast, Cervical and Colon Health Program
Saving Lives Through Early Detection

ਅਧਿਕਾਰ#: ____________ BCCHP#: ______________

Breast, Cervical and Colon Health Program Consent
Breast, Cervical and Colon Health Program ਦੇ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ

ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦਾ ਵੇਰਵਾ

Breast, Cervical and Colon Health Program (BCCHP) ਸਿਹਤ ਪ੍ਰਦਾਤਾਵਾਂ, Washington State Department of Health (DOH) (ਵਾਸ਼ਿੰਗਟਨ ਸਿਹਤ ਵਿਭਾਗ), ਅਤੇ Disease Control and Prevention (CDC) ਦੇ ਵਿਚਕਾਰ ਛਾਤੀ ਅਤੇ ਬੱਚੇਦਾਨੀ ਦੇ ਕੈਂਸਰ ਦਾ ਸਮਰਥਨ ਕਰਨ ਦੇ ਲਈ ਇੱਕ ਸੰਯੁਕਤ ਕਸ਼ਿਸ਼ ਹੈ। ਇਸ ਜਾਂਚ ਦਾ ਉਦੇਸ਼ ਕੈਂਸਰ ਦੀ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਚਰਨ ਵਿੱਚ ਪਛਾਣ ਕਰਨੀ ਹੈ ਤਾਂ ਜੋ ਇਸ ਨੂੰ ਰੋਕਿਆ ਜਾ ਸਕੇ ਜਾਂ ਇਸ ਦਾ ਇਲਾਜ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕੇ। ਛਾਤੀ ਦੇ ਕੈਂਸਰ ਦੇ ਲਈ ਜਾਂਚ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਛਾਤੀ ਦਾ ਨਿਰੀਖਣ ਅਤੇ ਮੈਮੋਗ੍ਰਾਮ ਨਾਮ ਦਾ ਛਾਤੀ ਦਾ ਐਕਸ-ਰੇ ਸ਼ਾਮਲ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਬੱਚੇਦਾਨੀ ਦੇ ਕੈਂਸਰ ਲਈ ਜਾਂਚ ਵਿੱਚ ਪੇਡੂ ਅਤੇ ਬੱਚੇਦਾਨੀ (ਗਰਭ/ਕੁੱਖ ਦਾ ਮੂੰਹ) ਦੇ ਕੋਸ਼ਾਣੂਆਂ ਦਾ ਨਮੂਨਾ ਲੈਣਾ ਸ਼ਾਮਲ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜਿਸ ਨੂੰ ਪੈਪ ਅਤੇ HPV ਜਾਂਚ ਕਹਿੰਦੇ ਹਨ।

ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਪ੍ਰਕਾਸ਼ਨ ਦੇ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ

ਮੈਂ ਮੇਰੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਅਤੇ ਸਾਰੇ ਮੈਡੀਕਲ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਤਾਵਾਂ, ਕਲੀਨਿਕਾਂ, ਹਸਪਤਾਲਾਂ, ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਯੋਜਨਾਵਾਂ, ਅਤੇ BCCHP ਨੂੰ ਇੱਕ-ਦੂਜੇ ਨੂੰ ਮੇਰੀ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ, ਬੱਚੇਦਾਨੀ ਦੀਆਂ ਜਾਂਚਾਂ, ਛਾਤੀ ਦੀਆਂ ਜਾਂਚਾਂ, ਮੈਮੋਗ੍ਰਾਮਾਂ ਦੇ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਤੇ ਮੇਰੇ ਵੱਲੋਂ BCCHP ਦੇ ਰਾਹੀਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਣ ਵਾਲੀ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸੰਬੰਧਤ ਮੈਡੀਕਲ ਦੇਖਭਾਲ ਦੇ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਸਹਿਮਤੀ ਦਿੰਦਾ/ਦਿੰਦੀ ਹਾਂ। ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਇਸ ਸਹਿਮਤੀ ਫਾਰਮ ਦੀ ਮਿਆਦ ਮੇਰੇ ਵੱਲੋਂ ਇਸ ਫਾਰਮ 'ਤੇ ਦਸਖਤ ਕਰਨ ਦੀ ਮੇਰੀ ਮਿਤੀ ਤੋਂ 12 ਮਹੀਨੇ ਬਾਅਦ ਖਤਮ ਹੋ ਜਾਏਗੀ। ਮੈਨੂੰ ਸੇਵਾਵਾਂ ਨੂੰ ਜਾਰੀ ਰੱਖਣ ਦੇ ਲਈ 12 ਮਹੀਨਿਆਂ ਬਾਅਦ ਦੁਬਾਰਾ ਨਾਮਾਂਕਨ ਕਰਨਾ ਹੋਵੇਗਾ।

BCCHP ਨੂੰ ਪ੍ਰਕਾਸ਼ਿਤ ਕੋਈ ਵੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਗੁਪਤ ਰਹੇਗੀ। ਇਹ ਜਾਣਕਾਰੀ ਮੇਰੇ ਲਈ, ਮੇਰੀਆਂ BCCHP ਸੇਵਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰਮਚਾਰੀਆਂ, ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਆਥੋਰਿਟੀ (Breast and Cervical Cancer Treatment Program (BCCTP) (ਛਾਤੀ ਅਤੇ ਬੱਚੇਦਾਰੀ ਕੈਂਸਰ ਇਲਾਜ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ) ਦੇ ਲਈ ਜੇਕਰ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ) ਅਤੇ Department of Health (ਸਿਹਤ ਵਿਭਾਗ) (BCCHP ਦਾ ਫੰਡਿੰਗ ਸਰੋਤ) ਦੇ ਲਈ ਉਪਲਬਧ ਰਹੇਗੀ। ਇਸ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਉੱਪਰ ਦੱਸੇ ਗਏ ਅਨੁਸਾਰ BCCHP ਦੇ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਨ ਲਈ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ। BCCHP ਦੀਆਂ ਪ੍ਰਕਾਸ਼ਿਤ ਰਿਪੋਰਟਾਂ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਵੀ ਗਾਹਕ ਦਾ ਨਾਮ ਨਹੀਂ ਲਿਖਿਆ ਹੋਵੇਗਾ।

ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਇਸ ਪ੍ਰੋਗ੍ਰਾਮ ਵਿੱਚ ਰਹਿਣਾ ਸਵੈ-ਇੱਛਤ ਹੈ ਅਤੇ ਮੈਂ ਕਿਸੇ ਵੀ BCCHP ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਨਿਕਲ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ ਅਤੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਕਾਸ਼ਿਤ ਕਰਨ ਦੀ ਮੇਰੀ ਸਹਿਮਤੀ ਨੂੰ ਰੱਦ ਕਰ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ। ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਜੇਕਰ ਮੇਰੇ ਵਿੱਚ ਛਾਤੀ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਬੱਚੇਦਾਨੀ ਦਾ ਕੈਂਸਰ ਪਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਮੈਂ Apple Health BCCTP ਦੇ ਰਾਹੀਂ ਇਲਾਜ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਪਾਤਰ ਹੋਵਾਂਗਾ/ਹੋਵਾਂਗੀ। ਫਿਰ BCCHP ਸਟਾਫ ਮੇਰੀ ਨਾਮਾਂਕਨ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਕਰੇਗਾ। ਮੈਨੂੰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਣ ਵਾਲੀਆਂ ਕੇਸ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇ ਹਿੱਸੇ ਵਜੋਂ, ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਨੂੰ ਇਲਾਜ ਦੇ ਲਈ ਮੇਰੀ ਸਹਿਮਤੀ ਦੇਣੀ ਹੋਵੇਗੀ ਅਤੇ ਲੋੜ ਅਨੁਸਾਰ ਹੋਰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨੀ ਹੋਵੇਗੀ।

ਜੇਕਰ ਮੈਂ ਮੇਰੀ ਪਾਤਰਤਾ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕਰਨ ਦੇ ਲਈ ਕੋਈ ਵੀ ਝੂਠੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਦਾ/ਕਰਦੀ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਮੈਂ ਸਮਝਦਾ/ਸਮਝਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੈਂ ਸਜ਼ਾ ਦੇ ਲਈ ਜ਼ੁੰਮੇਵਾਰ ਹੋਵਾਂਗਾ/ਹੋਵਾਂਗੀ।

ਇੱਥੇ ਆਪਣੇ ਨਾਮ ਦੇ ਹਸਤਾਖਰ ਕਰੋ	ਮਿਤੀ	ਗਵਾਹ: ਸਿਹਤ ਸੁਵਿਧਾ	ਮਿਤੀ
ਇੱਥੇ ਵੱਡੇ ਅੱਖਰਾਂ ਵਿੱਚ ਆਪਣਾ ਨਾਮ ਲਿਖੋ		ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ (ਜੇਕਰ ਵਰਤੋਂ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ)	ਮਿਤੀ

ਅਸਮਰੱਥ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰਨ 'ਤੇ ਇਹ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਹੋਰ ਫਾਰਮੈਟਾਂ ਵਿੱਚ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। ਬੇਨਤੀ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਨ ਲਈ, 1-800-525-0127 (TDD/TTY call 711) ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ।