



№ согласия: _____ № ВССНР: _____

Breast, Cervical and Colon Health Program Consent
Согласие на участие в программе Breast, Cervical and Colon Health Program

ОПИСАНИЕ ПРОГРАММЫ

Breast, Cervical and Colon Health Program (ВССНР, Программа профилактики заболеваний молочной железы, шейки матки и прямой кишки) — это совместная программа поставщиков медицинских услуг, Washington State Department of Health (DOH, Министерства здравоохранения штата Вашингтон) и Centers for Disease Control and Prevention (CDC, Центров по контролю и профилактике заболеваний), направленная на поддержку скрининга на наличие рака молочной железы и шейки матки. Цель скрининга — выявление рака на ранней стадии, когда его можно предотвратить или вылечить. Скрининг на наличие рака молочной железы включает в себя обследование молочной железы и рентгенографию молочной железы, которая называется маммографией. Скрининг на наличие рака шейки матки включает в себя гинекологическое обследование и взятие образцов клеток из шейки матки (открытой стороны матки), так называемый мазок из шейки матки, а также тест на ВПЧ.

РАЗРЕШЕНИЕ НА РАЗГЛАШЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ

Я даю согласие всем своим поставщикам медицинских услуг, клиникам, больницам, сотрудникам программ страхования в сфере здравоохранения, ВССНР на предоставление друг другу информации о моем медицинском обслуживании, о скрининге на факторы риска заболеваний шейки матки, молочной железы, данных маммографических обследований и об иных сопутствующих медицинских услугах в рамках программы ВССНР. Я понимаю, что данное согласие действует в течение 12 месяцев со дня подписания мною этой формы. Мне необходимо ежегодно возобновлять свое участие каждые 12 месяцев, чтобы продолжать пользоваться услугами.

Любая информация, раскрытая в рамках программы ВССНР, будет оставаться конфиденциальной. Информация будет доступна мне, сотрудникам ВССНР, Department of Health (которое финансирует ВССНР) и учреждению здравоохранения (для программы Breast and Cervical Cancer Treatment Program (ВССТР, Программа по лечению рака груди и шейки матки), если необходимо). Информация будет использоваться для достижения целей ВССНР, описанных выше. В публикуемых отчетах, формируемых в процессе выполнения программы, клиенты не будут идентифицированы по фамилиям и именам.

Я понимаю, что участие в этой программе является добровольным, и что я могу прекратить свое участие в программе ВССНР и отозвать свое согласие на раскрытие информации в любое время. Я понимаю, что если у меня обнаружат рак молочной железы и/или рак шейки матки, моя кандидатура может быть утверждена для получения лечения в рамках Apple Health ВССТР. Сотрудники ВССНР затем окажут мне помощь во включении в программу. Я понимаю, что в рамках получаемых мной услуг по ведению дел, от меня потребуется дать свое согласие на лечение и при необходимости предоставить другую информацию.

Я понимаю, что несу ответственность за правдивость информации, предоставляемой мной в рамках определения моего права на участие в программе.

Укажите здесь свои имя и фамилию

Дата

Свидетель: Учреждение здравоохранения

Дата

Укажите здесь свои имя и фамилию печатными буквами.

Переводчик (если его услугами пользовались) Дата