

Số Ủy Quyền: _____ Số BCCHP: _____

Chấp Thuận Về Chương Trình Breast, Cervical and Colon Health

MÔ TẢ CHƯƠNG TRÌNH

Breast, Cervical and Colon Health Program (BCCHP, Chương Trình Sức Khỏe Vú, Cổ Tử Cung và Đại Tr tràng) là một nỗ lực chung của các nhà cung cấp dịch vụ sức khỏe, Department of Health (DOH, Sở Y Tế) Tiểu Bang Washington, và Centers for Disease Control and Prevention (CDC, Trung Tâm Kiểm Soát và Ngăn Ngừa Bệnh Tật) nhằm hỗ trợ sàng lọc ung thư vú và ung thư cổ tử cung. Mục đích của việc khám sàng lọc là phát hiện sớm ung thư để có thể ngăn ngừa hoặc điều trị bệnh. Khám sàng lọc ung thư vú bao gồm khám vú và chụp X-quang vú được gọi là chụp quang tuyến vú. Khám sàng lọc ung thư cổ tử cung bao gồm khám phụ khoa và lấy mẫu tế bào từ cổ tử cung (phần cổ tử cung/dạ con) được gọi là xét nghiệm Pap và HPV.

CHẤP THUẬN TIẾT LỘ THÔNG TIN

Tôi chấp thuận cho bất kỳ và tất cả các nhà cung cấp dịch vụ y tế, phòng khám, bệnh viện, chương trình bảo hiểm sức khỏe của tôi, và BCCHP cung cấp cho nhau các thông tin về việc chăm sóc sức khỏe, xét nghiệm cổ tử cung, khám vú, chụp quang tuyến vú và chăm sóc y tế có liên quan tôi nhận được thông qua BCCHP. Tôi hiểu rằng biểu mẫu chấp thuận này sẽ hết hạn sau 12 tháng kể từ ngày tôi ký biểu mẫu này. Tôi phải tái ghi danh sau 12 tháng để tiếp tục các dịch vụ.

Mọi thông tin được tiết lộ cho BCCHP sẽ được giữ bảo mật. Thông tin sẽ có sẵn cho tôi, nhân viên tham gia dịch vụ BCCHP của tôi, Health Care Authority (Cơ Quan Chăm Sóc Sức Khỏe) (cho Breast and Cervical Cancer Treatment Program (BCCTP, Chương Trình Điều Trị Ung Thư Vú và Ung Thư Cổ Tử Cung) nếu cần thiết) và Department of Health (nguồn tài trợ của BCCHP). Thông tin sẽ được sử dụng để đáp ứng các mục tiêu của BCCHP như đã mô tả ở trên. Các báo cáo do BCCHP công bố sẽ không xác định danh tính của bất kỳ khách hàng nào.

Tôi hiểu rằng việc tham gia vào chương trình này là tự nguyện và tôi có thể rời khỏi BCCHP cũng như rút lại chấp thuận tiết lộ thông tin này bất cứ lúc nào. Tôi hiểu rằng nếu phát hiện thấy tôi bị ung thư vú và/hoặc ung thư cổ tử cung, thì tôi có thể hội đủ điều kiện được nhận điều trị thông qua Apple Health BCCTP. Khi đó, nhân viên BCCHP sẽ hỗ trợ tôi ghi danh. Như một phần của dịch vụ Case Management (Quản Lý Hồ Sơ) tôi nhận được, tôi hiểu rằng tôi sẽ phải đưa ra chấp thuận nhận điều trị và cung cấp các thông tin khác khi cần thiết.

Nếu tôi giả mạo bất kỳ thông tin nào được sử dụng để xác định điều kiện hội đủ của tôi, thì tôi hiểu rằng tôi phải chịu trách nhiệm về các khoản phí.

Ký Tên Quý Vị Ở Đây _____ Ngày _____

Nhân Chứng: Cơ Sở Y Tế _____ Ngày _____

Viết In Hoa Tên Quý Vị Ở Đây _____

Thông Dịch Viên (nếu sử dụng) _____ Ngày _____