

스크린와이즈(ScreenWise) 환자 등록 패킷

등록 5일 이내 스크린와이즈에 제출

등록 기관: _____ 현장 이름: _____
등록 유형: 직접 방문(서명 필수) 원격(서명란에 '원격' 표시)
의료 기록 번호: _____ 등록일: _____

환자 성명: _____ 생년월일: _____
성 정체성(예: 여성, 남성, 또는 논바이너리): _____

노숙인 또는 거주지가 불안정하십니까?
(예인 경우, 상자에 체크하고 아래에 우편번호와 카운티만 기재하십시오)

집 주소: _____ 아파트 번호: _____
도시: _____ 주: _____ 우편번호: _____
전화번호: _____ 카운티: _____

건강보험 또는 메디케이드가 있으십니까? 예
 예, 하지만 필요를 충분히 충족하지 않음
 아니요

신청인의 한 달 총 가구소득은 얼마입니까?
(세금 공제 전 모든 가구 구성원의 총소득) \$ _____ 매월

귀하의 가구 내 구성원 수는 몇 명입니까?
(본인 포함) _____ 명

환자 동의

오리건 보건청(Oregon Health Authority)에서 주관하는 오리건 스크린와이즈 프로그램 (ScreenWise)의 목표는 예방과 조기 검진을 활성화하여 유방암 및 자궁경부암의 발병률을 줄이는 것입니다.

스크린와이즈 프로그램은 다음에 대한 비용을 부담할 수 있습니다.

- 유방암 또는 자궁경부암 검사 및 진단
- 환자 내비게이션 및 지원

스크린와이즈는 유방암 또는 자궁경부암 치료비를 부담하지 않습니다. 치료가 필요한 경우 환자는 메디케이드 유방암 및 자궁경부암 치료 프로그램(BCCTP)을 신청할 수 있습니다.

이 양식에 서명함으로써, 본인은 다음을 **이해합니다**.

- 본인의 등록은 아래 서명일로부터 최대 3개월 전에 시작될 수 있으며, 해당 기간 동안 스크린와이즈에서 적절한 청구에 대한 비용을 지불할 수 있습니다.
- 본인은 자격이 유효한 동안 스크린와이즈에 1년간 등록되어 있으며 프로그램 탈퇴를 요청하지 않습니다.
- 서비스 제공자는 매년 본인의 프로그램 자격 지속 여부를 평가할 것입니다.
- 스크린와이즈, 본인의 의료 서비스 제공자, 진료소 및/또는 병원은 본인의 건강 관리 및 본인이 스크린와이즈를 통해 받는 모든 관련 의료 서비스에 대한 정보를 서로 공유할 수 있으며, 유방암 및 자궁경부암 관련 검사와 관련한 적절한 검사 및/또는 진단 서비스에 대한 본인의 치료와 참여를 계획할 수 있습니다.
- 본인의 정보는 오리건 보건청(Oregon Health Authority), 계약을 맺은 의료 제공자 및 자금 지원자 이외의 누구와도 공유되지 않으며, 게시된 보고서에는 본인의 이름이 사용되지 않습니다.
- 본인은 스크린와이즈 서비스와 관련된 서면, 전화 또는 전자 통신을 수신할 수 있습니다.
- 본인의 의료 제공자는 스크린와이즈에서 보장하지 않는 서비스에 대해 본인에게 서면으로 고지해야 합니다.

이 양식에 서명함으로써 본인은 다음 사항을 **확인합니다**.

- 본인은 프로그램에 대한 다음의 자격 요건을 모두 충족합니다.
 - ✓ 오리건주에 거주 또는 거주할 예정임
 - ✓ 본인의 가구 소득이 연방 빈곤 기준의 250% 이하임
 - ✓ 보험이 없거나 본인의 보험이 내 필요를 충분히 충족하지 못함

환자 서명: _____ 날짜: _____

환자 이름(정자체): _____

본 문서는 다른 언어로도 제공되며, 큰 활자, 점자 등 선호하는 형식의 문서를 무료로 받아보실 수 있습니다. ScreenWise 프로그램에 screenwise.info@odhsoha.oregon.gov 또는 1-877-255-7070(음성/문자)으로 문의하십시오. 모든 중계 전화도 받습니다.

Patient service eligibility

Does the patient need breast or cervical cancer diagnostic services?

- 18-39 years old*
- 40 years or older

*Patients 18-39 are not eligible for enrollment unless diagnostic services are needed

Breast cancer assessment *selections do not affect eligibility*

High risk for breast cancer?

- Yes
- No
- Unknown

Breast cancer services

CBE date: _____ (MM/DD/YYYY)

- Normal exam/benign finding
- Abnormal/suspicious for cancer
- Not performed

- Yes (screening or diagnostic)
- No (screening or diagnostic)
- Sent directly for additional diagnostics (e.g. ultrasound, biopsy, etc.)

Cervical cancer assessment *selections do not affect eligibility*

Last Pap (prior to current enrollment)?

- Yes, date (if known): _____ (MM/DD/YYYY)
- No
- Unknown

High risk for cervical cancer?

- Yes
- No
- Unknown

Cervical cancer screening services

Current Cervical Services ordered: _____
(MM/DD/YYYY)

- Routine Pap
- Surveillance after recent abnormal Pap
- No pap, other diagnostics ordered
- Colposcopy
- Other cervical diagnostics
- No cervical services performed

HPV ordered?

- Yes
- No

인종, 민족, 언어 및 장애(REALD) (환자가 직접 작성)

이들 질문은 선택사항이며 귀하의 답변은 기밀로 유지됩니다. 건강 및 서비스 수준의 차이를 찾아서 대응할 수 있도록 귀하의 인종, 민족, 언어, 장애 수준을 알려주시기 바랍니다. 이러한 질문에 답하고 싶지 않은 경우, "답변하고 싶지 않음"을 선택하십시오. 본 양식을 작성하면서 문의 사항이 있는 경우 진료소 직원에게 도움을 청하십시오.

인종 및 민족

1. 본인의 인종, 민족, 소속 부족, 출신국가 또는 혈통을 어떻게 동일시하고 계십니까?
(예: 부모님의 혈통, 부족원)

답변하고 싶지 않음

2. 귀하의 인종 또는 민족 정체성은 다음 중 무엇입니까? 해당 항목을 모두 선택하십시오.

히스패닉 또는 라틴계

- 중앙 아메리카인
- 멕시코인
- 남아메리카인
- 기타 히스패닉 또는 라틴계

히스패닉 또는 라틴계

- 차모르족(차모로족)
- 마셜제도인
- 마이크로네시아인 공동체
- 하와이 원주민
- 사모아인
- 기타 태평양 섬주민

백인

- 동유럽인
- 슬라브인
- 서유럽인
- 기타 백인

아메리칸 인디언

알래스카 원주민

- 아메리칸 인디언
- 알래스카 원주민
- 캐나다 이누잇, 메티스, 또는 퍼스트 네이션

- 멕시코, 중앙아메리카 또는 남아메리카 원주민

흑인 및 아프리카계 미국인

- 아프리카계 미국인
- 아프리카계 카리브해인
- 에티오피아인
- 소말리아인
- 기타 아프리카인(흑인)
- 기타 흑인

중동인/북아프리카인

- 중동인
- 북아프리카인

아시아인

- 인도계
- 캄보디아인
- 중국인
- 미얀마인 공동체
- 필리핀인
- 몽족
- 일본인
- 한국인
- 라오스인
- 남아시아인
- 베트남인
- 기타 아시아인

기타 범주

기타, 기재하십시오:

- 모름
- 답변하고 싶지 않음

3. 위의 항목 중 두 개 이상에 체크한 경우, 본인의 주요 인종 정체성으로 생각하는 것이 있습니까?

- 예. 위에서 귀하의 주요 인종 또는 민족 정체성에 동그라미 표시하십시오.
- 하나의 주요 인종 또는 민족 정체성만 가지고 있지 않습니다.
- 아니요, 저는 혼혈 또는 다인종이라고 생각합니다.
- 해당사항 없음. 한 가지 항목만 선택했습니다.
- 모름
- 답변하고 싶지 않음

언어(통역사를 무료로 이용하실 수 있습니다)

4a. 집에서 사용하시는 언어는 무엇입니까?

영어 또는 수화 이외의 언어를 표시하지 않은 경우 문항 7로 건너뛰십시오

4b. 귀하와 직접, 전화 또는 가상으로 의사소통 시, 원하는 언어는 무엇입니까?

4c. 귀하에게 서면 통보 시 어떤 언어로 소통하기를 원하십니까?

5a. 의사소통을 위해 통역사가 필요하거나 통역사를 원하십니까?

- 예 아니요 모름 답변하고 싶지 않음

5b. 통역사가 필요하거나 이를 원한다면 어떤 유형의 통역사를 선호하십니까?

- 구어 통역사
- 미국 수화(ASL) 통역사
- 시청각 및 추가 장애가 있는 장애인을 위한 청각 장애 통역사
- 컨택트 수화(PSE) 통역사
- 기타(기재하십시오): _____

영어 또는 수화 이외의 언어를 사용하지 않는다면 문항 7로 건너뛰십시오

6. 영어를 얼마나 잘하십니까?

- 매우 잘함
- 잘함
- 잘하지 못함
- 전혀 못함
- 모름
- 답변하고 싶지 않음

장애/능력 수준

귀하의 답변은 기능상 어려움을 겪은 분들과 그렇지 않은 분들 사이에 건강 및 서비스 분야에 있어 차이가 있는지 알아보는 데 큰 도움이 됩니다. 답변은 기밀로 취급됩니다.

7. 청각 장애인이거나 듣는 데 심각한 어려움이 있습니까?

예 아니요 모름 답변하고 싶지 않음

'예'일 경우, 몇 살 때 그 문제가 시작되었습니까? _____

8. 시각 장애인이거나 안경을 쓰고도 보는 데 심각한 어려움이 있습니까?

예 아니요 모름 답변하고 싶지 않음

'예'일 경우, 몇 살 때 그 문제가 시작되었습니까? _____

귀하/해당자가 5세 미만이면 여기서 중단하십시오.

9. 걸거나 계단을 오르는 데 심각한 어려움이 있습니까?

예 아니요 모름 답변하고 싶지 않음

'예'일 경우, 몇 살 때 그 문제가 시작되었습니까? _____

10. 신체적, 정신적 또는 정서적 이유로 집중, 기억, 이해 또는 의사결정에 심각한 어려움이 있습니까?

예 아니요 모름 답변하고 싶지 않음

'예'일 경우, 몇 살 때 그 문제가 시작되었습니까? _____

11. 옷을 입거나 목욕을 하는 데 어려움이 있습니까?

예 아니요 모름 답변하고 싶지 않음

'예'일 경우, 몇 살 때 그 문제가 시작되었습니까? _____

12. 또래의 대부분의 사람들이 배울 수 있는 것들을 학습하는 데 심각한 어려움을 겪고 있습니까?

예 아니요 모름 답변하고 싶지 않음

'예'일 경우, 몇 살 때 그 문제가 시작되었습니까? _____

13. 보통(관습적) 언어를 사용하여 의사소통하는 데 심각한 어려움(예: 다른 사람이 나를 이해하거나 다른 사람을 이해하는 데)이 있습니까?

예 아니요 모름 답변하고 싶지 않음

'예'일 경우, 몇 살 때 그 문제가 시작되었습니까? _____

귀하/해당자가 15세 미만이면 여기서 중단하십시오.

14. 신체적, 정신적 또는 정서적인 상태로 인해 병원 방문, 쇼핑 등 혼자서 일상적인 업무를 처리하는 데 어려움이 있습니까?

예 아니요 모름 답변하고 싶지 않음

'예'일 경우, 몇 살 때 그 문제가 시작되었습니까? _____

15. 기분, 격렬한 감정, 행동 조절, 망상이나 환각 경험으로 심각한 어려움을 겪고 있습니까?

예 아니요 모름 답변하고 싶지 않음

'예'일 경우, 몇 살 때 그 문제가 시작되었습니까? _____