



ScreenWise 报名登记表

请填写所有问题

发送电邮至screenwise.info@odhsoha.oregon.gov

于报名后的 5 天内向 ScreenWise 提交

登记机构名称: _____

登记站点名称: _____

登记方式: 当面 (需要签名)
远程 (在签名栏填写 "远程")

医疗记录编号: _____ 登记日期: _____

患者全名: _____

出生日期: _____ 性别认同: _____

(例如女性、男性或非二元性):

无家可归或无稳定住所? (如果是, 请勾选方框, 仅填写下方的邮政编码和郡)

居住地址: _____ 公寓号码: _____

城市: _____ 州: _____ 邮编: _____

电话: _____ 郡: _____

您是否拥有健康保险或 Medicaid? : 是
是, 但不足以涵盖我的需要
否

您的家庭月总收入是多少? \$ _____ 每月

(此处指所有家庭成员的税前总收入)

您家中有多少人? _____ 人

(包括您自己)

患者同意书

俄勒冈州 ScreenWise 计划 (ScreenWise) 是俄勒冈州卫生局的一项计划, 旨在通过提倡预防和早期检测来减少乳腺癌和宫颈癌。

ScreenWise 可为以下项目付费:

- 乳腺癌或宫颈癌的筛查和诊断
- 患者指导和支持

ScreenWise 不会支付乳腺癌或宫颈癌治疗费用。如果需要治疗, 患者可申请参与 Medicaid 乳腺癌和宫颈癌治疗计划 (BCCTP)。

签署本表格, 即表示我明白:

- 我可于下文签署日期前的三个月内开始登记, 以允许 ScreenWise 支付此期间内符合资格的理赔。
- 我将在我仍然有资格的一年时间内继续参加 ScreenWise, 并且不要求退出该计划。
- 我的服务提供者将评估我每年是否有资格留在该计划。
- ScreenWise、我的医疗服务提供者、诊所及 / 或医院可彼此分享
- 我通过 ScreenWise 收到的我的医疗保健和任何相关信息; 并可安排我的护理, 及参与适当的乳腺和宫颈癌筛查和 / 或诊断服务。
- 我的信息将不会向除俄勒冈州卫生局、其订约服务提供者和资助者之外的任何人透露; 任何已发布的报告中都不会出现我的名字。
- 我可能会收到与 ScreenWise 服务有关的书面、电话或电子通讯。
- 书面、电话或电子通讯。
- 我的服务提供者必须以书面形式告诉我 ScreenWise 不涵盖的任何服务。

签署此表格即表示我确认:

我符合该计划的以下所有资格要求:

- 我住在或打算住在俄勒冈州
- 我的家庭收入等于或低于联邦贫困线的 250%
- 我没有保险或我的保险不能完全涵盖我的需要

患者签名: _____ 日期: _____

患者姓名 (正楷书写): _____

您可以免费获得此文件的其他语言版本、大号字体版本、盲文版本或您偏好的格式版本。

请联系 ScreenWise 计划, 电子邮箱: screenwise.info@odhsoha.oregon.gov 或 503-580-0652 (语音 / 短信)。我们接听所有中继呼转电话。

Patient service eligibility

Age 18-39 and need breast or cervical cancer diagnostic services. Yes

Age 40 or older and need breast or cervical cancer screening or diagnostic services. Yes

Breast cancer assessment *selections do not affect eligibility*

High Risk for Breast Cancer? Yes No Unknown

Breast cancer services

Clinical Breast Exam (Current Enrollment Period): Normal

CBE date (MM/DD/YYYY): _____ Abnormal/suspicious for cancer

Not performed

Current Mammogram ordered? Yes (screening or diagnostic)

Sent directly for additional diagnostics
(e.g. ultrasound, biopsy, etc.)

No breast services performed

Cervical cancer assessment *selections do not affect eligibility*

Last Pap (prior to current enrollment)? Yes, date (if known): _____

No

Unknown

High Risk for Cervical Cancer? Yes No Unknown

Cervical cancer screening services

Current Cervical Services ordered Routine Pap

Surveillance after recent abnormal Pap

No pap, other diagnostic ordered

Colposcopy

Other cervical diagnostics

No cervical services performed

HPV ordered? Yes No



种族、民族、语言及残疾 (REALD) 情况调查表

下列问题为选填项, 您的所有回答将被保密。我们希望了解您的种族、民族、语言及能力水平, 以便我们能够确定并解决健康和服务存在的差异。如果您不想回答这些问题, 请勾选“不想回答。” 如果您在填写本表格时有任何问题, 请求助于诊所工作人员。

种族和族裔

1. 您认为自己属于什么种族或族裔、部落从属关系、原籍国或血统? (例如您父母的血统、部落身份)

不想回答

2. 下列哪一项描述了您的种族或民族身份? 请勾选所有适用项。

西班牙裔及拉丁美洲裔

中美洲裔
墨西哥裔
南美洲裔
其他西班牙裔或拉丁美洲裔

夏威夷原住民及太平洋岛民

查莫洛人 (查莫洛)
马绍尔裔
密克罗尼西亚地区社群
夏威夷原住民
萨摩亚裔
其他太平洋岛民

白人

东欧裔
斯拉夫裔
西欧裔
其他白人

美洲印第安人或阿拉斯加原住民

美洲印第安人
阿拉斯加原住民
加拿大因纽特人、梅蒂人或第一民族
墨西哥、中美洲或南美洲原住民

黑人及非裔美国人

非裔美国人
非裔加勒比埃塞俄比亚人
索马里裔
其他非洲裔 (黑人)
其他黑人

中东人/北非人

中东裔
北非裔

亚裔

亚裔印度人
柬埔寨裔
华裔
缅甸社群
菲律宾裔
苗族
日裔
韩裔
老挝裔
南亚裔
越南裔
其他亚裔

其他类别

其他, 请列明:

不知道
不想回答

3. 如果您在上列类别中勾选了**不止一项**, 这其中是否有一项是您认为的**主要种族身份**?
- 是。请在上面圈选出您的主要种族或族裔身份。
我有不止一个主要种族或族裔身份。
否。我自我认同为混血儿或多种族。
不适用。我仅勾选了上面一个类别。
不知道
不想回答

语言 (翻译人员服务为免费提供)

4a. 您在家使用的语言是什么 (一种或多种)?

若您并未指明英语之外的语言或手语, 请转到问题 7

4b. 您希望我们以哪种语言与您当面沟通、电话沟通或线上沟通?

4c. 您希望我们以哪种语言与您书面沟通?

5a. 您是否需要**口语翻译人员**来帮助我们与您进行沟通?

是
否
不知道
不想回答

5b. 如果您需要翻译人员, 请说明希望提供哪一种口语翻译人员?

口语翻译人员
美国手语 (ASL) 翻译员
针对聋盲人及有其他障碍人士的聋人传译员
接触式手语 (PSE) 翻译员
其他 (请列明) _____

若您不说除英语之外的语言或不使用手语, 请转到问题 7

6. 您的英语口语能力如何?

非常流利
较好
不太好
完全不会
不知道
不想回答

残疾 / 能力水平

您的回答将帮助我们发现有功能障碍的人士和无功能障碍的人士在健康和服务上的差异。您的所有回答都将保密。

7. 您是否**耳聋**或有严重的**听力障碍**? 是 否 不知道 不想回答
如果是, 您是从什么年纪出现这种状况的? _____

8. 您是否**失明**或有严重的**视力障碍** (即使戴眼镜也看不清)? 是 否 不知道 不想回答
如果是, 您是从什么年纪出现这种状况的? _____

如果您 / 该人士未满 5 岁, 请在此停止回答

9. 您在走路或爬楼梯时是否有**严重**的**困难**? 是 否 不知道 不想回答
如果是, 您是从什么年纪出现这种状况的? _____

10. 您是否因为身体机能、精神状态或情绪状况而难以**集中注意力、记住事情或作出决定**? 是 否 不知道 不想回答
如果是, 您是从什么年纪出现这种状况的? _____

11. 您**穿衣或沐浴时**是否有**严重困难**? 是 否 不知道 不想回答
如果是, 您是从什么年纪出现这种状况的? _____

12. 在学习多数同龄人能学会的事情时, 您是否有**严重困难**? 是 否 不知道 不想回答
如果是, 您是从什么年纪出现这种状况的? _____

13. 在使用您的常用 (惯用) 语言时, 您是否有**严重的交流障碍** (例如理解他人或被他人理解)? 是 否 不知道 不想回答
我不知道这个问题在问什么
如果是, 您是从什么年纪出现这种状况的? _____

如果您 / 该人士未满 15 岁, 请现在停止作答

14. 您是否因为身体机能、精神状态或情绪状况而感到难以独立完成一些事情 (例如前往医生办公室就诊或购物)?
- 是 否 不知道 不想回答
- 如果是,** 您是从什么年纪出现这种状况的? _____
15. 您是否在以下方面遇到严重困难: 情绪、强烈情感、行为控制或出现错觉或幻觉?
- 是 否 不知道 不想回答
- 我不知道这个问题在问什么
- 如果是,** 您是从什么年纪出现这种状况的? _____

您可以免费获得此文件的其他语言版本、大号字体版本、盲文版本或您偏好的格式版本。请联系 ScreenWise 计划, 电子邮箱: screenwise.info@odhsoha.oregon.gov 或 503-580-0652 (语音/短信)。我们接听所有中继呼转电话。