



스크린와이즈(ScreenWise) 등록 양식

모든 질문에 답변해 주십시오.

screenwise.info@odhsoha.oregon.gov로 제출

등록 5일 이내 스크린와이즈로 제출

등록 기관: _____

등록 현장명: _____

등록 유형: _____ 직접 방문(서명 필요)

원격(서명란에 'remote'라고 기재)

의료 기록 번호: _____ 등록일: _____

환자 성명: _____

생년월일: _____ 성 정체성: _____

(예: 여성, 남성 또는 논바이너리)

노숙인이거나 거주지가 불안정하십니까? ("예"인 경우, 상자에 체크하고 아래에 우편번호와 카운티만 기재하십시오)

집 주소: _____ 동 호수: _____

시: _____ 주: _____ 우편번호: _____

전화번호: _____ 카운티: _____

의료 보험 또는 Medicaid 소유 여부:

예

예, 그러나 필요 사항에 충분치 않음

아니요

한 달 총 가구소득은 얼마입니까?

\$ _____/월

(세금 공제 전 모든 가구 구성원의 총소득)

가구 내 구성원 수는 몇 명입니까?

_____명

(본인 포함)

환자 동의

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

스크린와이즈 프로그램을 통해 다음에 대한 비용을 지원받을 수 있습니다.

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

스크린와이즈는 유방암이나 자궁경부암의 치료 비용을 지불하지 않습니다. 치료가 필요한 경우, 환자는 Medicaid 유방암 및 자궁경부암 치료 프로그램(Medicaid Breast and Cervical Cancer Treatment Program, 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 등록 상태를 유지하고 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 자궁경부암과 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 성명(정자체): _____

본 문서를 다른 언어, 큰 활자, 점자 또는 선호하는 형식으로 무료로 받아보실 수 있습니다. 스크린와이즈 프로그램에 이메일 screenwise.info@odhsoha.oregon.gov 또는 전화 503-580-0652번으로 문의하십시오. 모든 중계 전화도 받고 있습니다.

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



인종, 민족, 언어 및 장애 REALD

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, "답변을 원치 않음"을 선택하십시오. 본 양식을 작성하면서 문의 사항이 있는 경우, 클리닉 직원에게 도움을 청하십시오.

인종 및 민족

1. 귀하의 인종 또는 민족, 소속 부족, 출신국가, 혈통은 무엇입니까? (예: 부모의 혈통, 소속 부족)

답변을 원치 않음

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

히스패닉 또는 라틴계

중앙아메리카인
멕시코인
남아메리카인
그 외 히스패닉계 또는
라틴계

하와이 원주민 또는 태평양 섬 주민

차모르족(차모로족)
마셜제도인
미크로네시아인 공동체
하와이 원주민
사모아인
그 외 태평양 섬 주민

백인

동유럽인
슬라브인
서유럽인
그 외 백인

아메리카 인디언 또는

알래스카 원주민

아메리카 인디언
알래스카 원주민
캐나다 이누이트족, 메티스
또는 퍼스트 네이션
토착 멕시코인,
중앙아메리카 또는
남아메리카 원주민

흑인 및 아프리카계 미국인

아프리카계 미국인
아프리카계 카리브해인
소말리아인
그 외 아프리카인(흑인)
그 외 흑인

중동인/북아프리카인

중동인
북아프리카인

아시아인

아시아계 인도인
캄보디아인
중국인
미얀마 공동체
필리핀인
몽족
일본인
한국인
라오스인
남아시아인
베트남인
그 외 아시아인

그 외 범주

그 외, 기재하십시오:

모름
답변을 원치 않음

3. 위에서 **하나 이상**의 범주에 체크하셨습니다. 귀하의 **주요** 인종 정체성으로 생각하는 하나가 있으십니까?

예. 위에서 주요 인종 또는 민족 정체성으로 생각하는 항목에 동그라미 표시.

하나의 주요 인종 또는 민족 정체성만 가지고 있지 않다.

아니요. 두 인종 또는 다인종으로 구분한다.

해당사항 없음. 위의 범주에 하나만 체크함.

모름

답변을 원치 않음

언어(통역사 무상 지원)

4a. 가정에서는 어떤 언어를 사용하십니까?

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

4b. 당국에서 귀하와 대면, 전화 또는 온라인 소통 시, 원하는 언어는 무엇입니까?

4c. 당국에서 귀하에게 서면 제공 시 어떤 언어를 사용하기 원하십니까?

5a. 당국에서 귀하와 의사소통할 때 **통역사**를 필요로 하거나 원하십니까?

예

아니요

모름

답변을 원치 않음

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

구어 통역사

미국 수어(American Sign Language, ASL) 통역사

시청각 및 기타 장애인을 위한 청각장애 통역사

접촉수화(PSE) 통역사

기타(기재 요망) _____

영어 또는 수화 이외의 언어를 사용하지 않는다면 문항 7로 건너뛰십시오

6. 귀하는 영어를 어느 정도로 구사하십니까?

매우 잘 함

잘 함

잘하지 못 함

전혀 못 함

모름

답변을 원치 않음

장애/기능 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. 귀하는 청각 장애인이거나 심각한 청력 장애를 갖고 계십니까? 예 아니요 모름 답변을 원치 않음
 "예"일 경우, 이러한 상황이 몇 살 때부터 시작되었습니까? _____

8. 귀하는 시각 장애인이거나 안경을 착용해도 심각한 시력 장애가 있습니까? 예 아니요 모름 답변을 원치 않음
 "예"일 경우, 이러한 상황이 몇 살 때부터 시작되었습니까? _____

귀하/해당자가 5세 미만이면 여기서 중단

9. 귀하는 보행이나 계단을 오르는 데 심각한 어려움이 있습니까? 예 아니요 모름 답변을 원치 않음
 "예"일 경우, 이러한 상황이 몇 살 때부터 시작되었습니까? _____

10. 귀하는 신체적, 정신적 또는 감정적 상태로 인해 집중, 기억 또는 의사결정에 심각한 어려움이 있습니까? 예 아니요 모름 답변을 원치 않음
 "예"일 경우, 이러한 상황이 몇 살 때부터 시작되었습니까? _____

11. 귀하는 옷을 입을 때 또는 목욕할 때 심각한 어려움이 있습니까? 예 아니요 모름 답변을 원치 않음
 "예"일 경우, 이러한 상황이 몇 살 때부터 시작되었습니까? _____

12. 귀하 연령대의 대부분이 배울 수 있는 일을 하는 방법을 습득하는 데 심각한 어려움이 있습니까? 예 아니요 모름 답변을 원치 않음
 "예"일 경우, 이러한 상황이 몇 살 때부터 시작되었습니까? _____

13. 보통(관습적) 언어를 사용하여 의사소통하는 데 심각한 어려움(예: 다른 사람이 나를 이해하거나 다른 사람을 이해하는 데)이 있습니까? 예 아니요 모름 답변을 원치 않음
 이 질문을 이해하지 못함
 "예"일 경우, 이러한 상황이 몇 살 때부터 시작되었습니까? _____

귀하/해당인이 15세 미만이면 여기서 중단

14. 귀하는 신체적, 정신적 또는 정서적 상태로 인해 병원 방문, 쇼핑 등 혼자서 일상적인 업무를 처리하는 데 어려움이 있습니까? 예 아니요 모름 답변을 원치 않음
"예"일 경우, 이러한 상황이 몇 살 때부터 시작되었습니까? _____
15. 기분, 강렬한 감정, 행동 통제, 망상 또는 환각과 관련하여 심각한 어려움이 있습니까? 예 아니요 모름 답변을 원치 않음
이 질문을 이해하지 못함
"예"일 경우, 이러한 상황이 몇 살 때부터 시작되었습니까? _____

본 문서를 다른 언어, 큰 활자, 점자 또는 선호하는 형식으로 무료로 받아보실 수 있습니다. 스크린와이즈 프로그램에 이메일 screenwise.info@odhsoha.oregon.gov 또는 전화 503-580-0652번으로 문의하십시오. 모든 중계 전화도 받고 있습니다.