

Бланк регистрации для участия в программе ScreenWise

Ответьте на все вопросы

Отправьте на адрес screenwise.info@odhsoha.oregon.gov

Необходимо вернуть в программу ScreenWise в течение 5 дней с момента регистрации

Название службы, производящей регистрацию: _____

Название учреждения, производящего регистрацию: _____

Вид регистрации: Лично (подпись обязательна)

Дистанционно (напишите «дистанционно» в строке для подписи)

Номер медицинской записи: _____ Дата регистрации: _____

Полное имя пациента: _____

Дата рождения: _____ Гендерная идентичность: _____
(например, женщина, мужчина или небинарное лицо)

Является бездомным или имеет постоянное место жительства? (Если да, отметьте эту клеточку и ниже запишите только почтовый индекс и название округа)

Домашний адрес: _____ Номер квартиры: _____

Город: _____ Штат: _____

Почтовый индекс: _____

Телефон: _____ Округ: _____

Имеете ли вы медицинское страхование или страхование по программе Medicaid?

Да

Да, но этого недостаточно для удовлетворения моих потребностей

Нет

Каков общий размер ежемесячного дохода вашей семьи?

долл. _____ в месяц

(Это общая сумма до вычета налогов для всех членов семьи)

Сколько человек проживает в вашей семье? (включая вас)

_____ человек(а)

Согласие клиента

Программа ScreenWise в штате Орегон (ScreenWise) представляет собой программу Управления здравоохранения штата Орегон, предназначенную для снижения заболеваемости раком груди и шейки матки путем популяризации мер профилактики и ранней диагностики.

В рамках программы ScreenWise могут оплачиваться:

- Общие обследования населения с целью выявления наличия заболеваний и диагностика рака молочной железы или шейки матки
- Помощь в планировании обслуживания пациентов и поддержка

В рамках программы ScreenWise не будет оплачиваться лечение рака молочной железы или шейки матки.

В случае необходимости лечения пациенты могут подать заявление на участие в программе медицинской помощи для лечения рака молочной железы и шейки матки (ВССТР).

Подписывая настоящий документ, я понимаю, что:

- Моё участие в программе может начаться за три месяца до момента подписания этого документа ниже, что позволит оплачивать услуги, оказанные на законном основании, из средств программы ScreenWise в течение этого периода времени.
- Я продолжу участвовать в программе ScreenWise в течение одного года при условии сохранения мной права на участие и отсутствия с моей стороны просьбы об исключении меня из числа участников программы.
- Мой поставщик медицинских услуг будет ежегодно определять наличие у меня права на продолжение участия в программе.
- Работники программы ScreenWise, мои поставщики медицинских услуг, работники клиник и/или больниц могут обмениваться друг с другом информацией
- о моем состоянии здоровья и другой сопутствующей информацией о медицинском обслуживании, полученном мной в рамках программы ScreenWise, а также планировать мое обслуживание и участие в соответствующих диагностических обследованиях и/или процедурах, связанных с раком молочной железы или шейки матки.
- Мои данные не будут разглашаться третьим сторонам, не входящим в сеть поставщиков услуг Управления здравоохранения штата Орегон, субподрядчикам или спонсорам управления, и мое имя не будет указано ни в каком опубликованном отчете.
- Мне, возможно, будут отправлять письменные, телефонные или электронные сообщения, связанные с обслуживанием по программе ScreenWise.
- Мой поставщик услуг должен предупредить меня в письменном виде о любых услугах, не оплачиваемых программой ScreenWise.

Подписывая этот документ, я подтверждаю, что:

Я соответствую всем указанным ниже требованиям, предъявляемым к участникам программы:

- Я проживаю или планирую проживать в штате Орегон
- Доход моей семьи составляет или находится ниже 250% федерального уровня бедности
- Я не имею медицинского страхования, или мое страхование не обеспечивает полностью все мои потребности

Подпись пациента: _____ Дата: _____

Имя, фамилия пациента (печатными буквами): _____

Вы можете бесплатно получить этот документ на других языках, напечатанный крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в другом удобном для вас формате. Свяжитесь с программой ScreenWise по эл. почте screenwise.info@odhsoha.oregon.gov или тел. 503-580-0652 (оператор/смс). Мы принимаем все звонки по линии трансляционной связи.

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

Вопросы, касающиеся расового и этнического происхождения, языка общения и наличия ограниченных возможностей здоровья (REALD)

Ответы на следующие вопросы даются добровольно и будут храниться в конфиденциальности. Мы просим вас указать свою расовую и этническую принадлежность, язык общения и уровень своих способностей для того, чтобы мы могли выявить и решить проблемы, связанные с поддержанием вашего здоровья и предоставлением вам необходимого обслуживания. Если вы не желаете отвечать на эти вопросы, пожалуйста, отметьте ответ «Предпочитаю не отвечать». Если при заполнении бланка этого документа у вас возникнут вопросы, пожалуйста, обратитесь за помощью к сотрудникам клиники.

Расовая и этническая принадлежность

- Как вы определяете свое расовое или этническое происхождение, племенную принадлежность, страну происхождения или родословную? (например, происхождение ваших родителей, принадлежность к племени)

Не желаю отвечать

- Что из нижеперечисленного описывает ваше расовое или этническое происхождение? Пожалуйста, отметьте ВСЕ применимые варианты.

Лицо латиноамериканского происхождения

Выходец из стран Центральной Америки
Мексиканец
Выходец из стран Южной Америки
Испаноговорящий или латиноамериканец другого происхождения

Коренной житель Гавайских островов и островов Тихого океана

Чаморро (коренной житель острова Чаморро)
Выходец с Маршалловых островов
Выходец из стран сообщества Микронезийского региона
Коренной житель Гавайских островов
Самоанец
Выходец с других островов Тихого океана

Европеец

Уроженец Восточной Европы
Славянин
Уроженец Западной Европы
Европеец другого происхождения

Американский индеец или коренной житель Аляски

Американский индеец
Коренной житель Аляски
Канадский инуит, метис или представитель «Первой нации»
Абориген Мексики, Центральной Америки или Южной Америки

Чернокожий и афроамериканец

Афроамериканец
Африканец карибского происхождения Эфиоп
Сомалиец
Африканец (чернокожий) другого происхождения
Чернокожий другого происхождения

Выходец из стран Ближнего Востока/Северной Африки

Уроженец Ближнего Востока
Выходец из стран Северной Африки

Азиат

Азиатский индус
Камбоджец
Китаец
Представитель сообществ Мьянмы
Филиппинец
Хмонг
Японец
Кореец
Лаосец
Уроженец Южной Азии
Вьетнамец
Азиат другого происхождения

Прочие категории

Другое, пожалуйста, укажите:

Я не знаю

Не желаю отвечать

3. Если вы отметили **несколько** категорий выше, считаете ли вы какую-либо одну из них в качестве **основной** расовой или этнической принадлежности?
- Да. Пожалуйста, обведите свою основную расовую или этническую принадлежность, указанную выше.
- У меня нет только одной основной расовой или этнической принадлежности.
- Нет. Я считаю себя лицом, имеющим два или несколько происхождений.
- Не относится. Я отметил(-а) только одну категорию выше.
- Я не знаю
- Не желаю отвечать

Язык (Услуги устных переводчиков предлагаются бесплатно)

4a. На каком языке или языках вы разговариваете дома?

Перейдите к вопросу 7, если вы НЕ указали язык, отличный от английского или языка жестов.

4b. На каком языке вы желаете общаться с нами лично, по телефону или виртуально?

4c. На каком языке вы предпочитаете вести с нами переписку?

- 5a. Нуждаетесь ли вы в услугах **устного переводчика** для того, чтобы мы могли общаться с вами?
- Да
- Нет
- Я не знаю
- Не желаю отвечать
- 5b. Если вам требуется переводчик, укажите, какой вид устного перевода предпочтительнее?
- Услуги устного переводчика
- Услуги переводчика на американский язык жестов (ASL)
- Услуги переводчика для слепоглухонемых и глухонемых, имеющих дополнительные ограничения
- Услуги переводчика на язык контактных жестов (PSE)
- Другое (пожалуйста, перечислите) _____

Перейдите к вопросу 7, если вы не используете язык, отличный от английского или языка жестов.

6. Как хорошо вы говорите по-английски?
- Очень хорошо
- Хорошо
- Не очень хорошо
- Вообще не говорю
- Я не знаю
- Не желаю отвечать

Уровень недееспособности/способности

Ваши ответы помогут нам выявить различия в медицинском обслуживании и предоставлении услуг лицам, имеющим и не имеющим сложности в выполнении функциональных задач. Ваши ответы конфиденциальны.

7. Являетесь вы **глухим(-ой)** или имеете вы серьезные **проблемы со слухом?** Да Нет Неизвестно Не желаю отвечать
Если да, то в каком возрасте возникло это заболевание? _____
8. Являетесь вы **слепым(ой)** или имеете вы серьезные **проблемы со зрением,** даже при использовании очков? Да Нет Неизвестно Не желаю отвечать
Если да, то в каком возрасте возникло это заболевание? _____

**Пожалуйста, не продолжайте отвечать на вопросы далее,
если вы/лицо не достигли/достигло возраста 5 лет**

9. Испытываете ли вы серьёзные трудности **при ходьбе или подъёме по лестнице?** Да Нет Неизвестно Не желаю отвечать
Если да, то в каком возрасте возникло это заболевание? _____
10. Наблюдаются ли у вас серьезные трудности **с концентрацией внимания, запоминанием или принятием решений в связи с наличием у вас физического или психического заболевания либо эмоционального расстройства?** Да Нет Неизвестно Не желаю отвечать
Если да, то в каком возрасте возникло это заболевание? _____
11. Испытываете ли вы серьезные трудности при **одевании или купании?** Да Нет Неизвестно Не желаю отвечать
Если да, то в каком возрасте возникло это состояние? _____
12. Испытываете ли вы серьезные **трудности в обучении и выполнению действий, которые способно выполнять большинство лиц вашего возраста?** Да Нет Неизвестно Не желаю отвечать
Если да, то в каком возрасте возникло это состояние? _____

13. При использовании вашего обычного (родного) языка, испытываете ли вы **серьезные трудности в общении**, (например, в понимании окружающих или выражении своих мыслей таким образом, чтобы окружающие понимали вас)?
- Да Нет Неизвестно Не желаю отвечать
Я не понимаю суть этого вопроса
- Если да, то в каком возрасте возникло это состояние?** _____

Пожалуйста, не продолжайте отвечать на вопросы далее, если вы/ лицо не достигли возраста 15 лет

14. Испытываете ли вы **трудности в самостоятельном выполнении таких заданий, как посещение кабинета врача или совершение покупок, в связи с наличием у вас физического или психического заболевания либо эмоционального расстройства?**
- Да Нет Неизвестно Не желаю отвечать
Если да, то в каком возрасте возникло это заболевание? _____
15. Испытываете ли вы **серьезные трудности, когда вам приходится иметь дело со следующим: настроением, сильными чувствами, контролем за своим поведением, бредом или галлюцинациями?**
- Да Нет Неизвестно Не желаю отвечать
Я не понимаю суть этого вопроса
- Если да, то в каком возрасте возникло это заболевание?** _____

Вы можете бесплатно получить этот документ на других языках, напечатанный крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в другом удобном для вас формате. Свяжитесь с программой ScreenWise по эл. почте screenwise.info@odhsoha.oregon.gov или тел. 503-580-0652 (оператор/смс). Мы принимаем все звонки по линии трансляционной связи.