



## Đơn Ghi Danh ScreenWise

Trả lời hết các câu hỏi

Gửi đến [screenwise.info@odhsoha.oregon.gov](mailto:screenwise.info@odhsoha.oregon.gov)

Phải nộp cho ScreenWise trong vòng 5 ngày kể từ ngày ghi danh

Cơ quan ghi danh: \_\_\_\_\_

Tên trang web ghi danh: \_\_\_\_\_

Hình thức ghi danh: ☐ Trực tiếp (cần có chữ ký)

☐ Từ xa (viết 'remote' ở dòng chữ ký)

Số hồ sơ y tế: \_\_\_\_\_ Ngày ghi danh: \_\_\_\_\_

Tên họ đầy đủ của bệnh nhân: \_\_\_\_\_

Ngày sinh: \_\_\_\_\_ Nhận dạng giới tính: \_\_\_\_\_

(chẳng hạn như nữ, nam hoặc phi nhị phân giới)

Vô gia cư hoặc không có chỗ ở ổn định? (Nếu vậy, đánh dấu vào ô và chỉ ghi mã ZIP và tên quận dưới đây)

Địa chỉ nhà: \_\_\_\_\_ Số căn hộ: \_\_\_\_\_

Thành phố: \_\_\_\_\_ Tiểu bang: \_\_\_\_\_

Mã bưu chính: \_\_\_\_\_

Điện thoại: \_\_\_\_\_ Quận hạt: \_\_\_\_\_

Quý vị có bảo hiểm y tế hoặc Medicaid không?

☐ Có

☐ Có, nhưng không đủ để đáp ứng nhu cầu của tôi

☐ Không

Mức tổng thu nhập trước thuế hàng tháng của hộ gia đình quý vị là bao nhiêu?

\$ \_\_\_\_\_ mỗi tháng

(Đây là tổng thu nhập trước thuế của tất cả mọi người trong gia đình)

Hộ gia đình quý vị có bao nhiêu người?

\_\_\_\_\_ người

(tính cả bản thân quý vị):

## Sự đồng ý của bệnh nhân

Chương trình ScreenWise Oregon (ScreenWise), một chương trình thuộc Cơ quan Quản lý Y tế Oregon (Oregon Health Authority, hoặc OHA), nhằm mục tiêu giảm số lượng bệnh nhân ung thư vú và ung thư cổ tử cung bằng cách thúc đẩy việc chăm sóc sức khỏe phòng ngừa và phát hiện sớm.

ScreenWise có thể bao trả các dịch vụ sau đây:

- Khám sàng lọc và chẩn đoán ung thư vú hoặc ung thư cổ tử cung
- Điều hướng và hỗ trợ bệnh nhân

ScreenWise sẽ không bao trả các dịch vụ điều trị ung thư vú hoặc ung thư cổ tử cung. Nếu cần điều trị, bệnh nhân có thể nộp đơn xin bảo hiểm của Chương trình Điều trị Ung thư vú và Ung thư cổ tử cung (Breast and Cervical Cancer Treatment Program, hoặc BCCTP) của Medicaid.

Bằng cách ký mẫu đơn này, tôi hiểu rằng:

- Thời gian tham gia của tôi có thể bắt đầu tối đa ba tháng trước ngày ký tên dưới đây, cho phép ScreenWise thanh toán các yêu cầu thanh toán hợp lệ trong thời gian đó.
- Tôi sẽ tiếp tục tham gia ScreenWise trong thời gian một năm khi tôi vẫn đủ tiêu chuẩn, và tôi không yêu cầu rút khỏi chương trình.
- Hàng năm, bác sĩ của tôi sẽ xác định liệu tôi có tiếp tục hội đủ tiêu chuẩn tham gia chương trình hay không.
- ScreenWise, các bác sĩ và các phòng khám và/hoặc bệnh viện của tôi có thể chia sẻ thông tin với nhau về việc chăm sóc sức khỏe của tôi và mọi dịch vụ y tế liên quan mà tôi nhận được thông qua ScreenWise; và họ có thể sắp xếp cho tôi tham gia vào các dịch vụ khám sàng lọc và/hoặc chẩn đoán thích hợp liên quan đến ung thư vú và cổ tử cung.
- Chương trình sẽ không chia sẻ thông tin của tôi với bất kỳ ai ngoài Cơ quan Quản lý Y tế Oregon, các bác sĩ có hợp đồng và nhà tài trợ của họ; và không một báo cáo công khai nào sẽ sử dụng tên của tôi.
- Tôi có thể nhận các thông báo bằng thư, qua điện thoại hoặc phương tiện liên lạc điện tử liên quan đến các dịch vụ ScreenWise.
- Bác sĩ của tôi phải thông báo cho tôi bằng văn bản về bất kỳ dịch vụ nào mà không được ScreenWise bao trả.

Bằng cách ký vào đơn này, tôi xác nhận rằng:

Tôi đáp ứng tất cả các điều kiện sau đây của chương trình này:

- Tôi hiện đang cư trú hoặc có ý định cư trú ở tiểu bang Oregon
- Thu nhập hộ gia đình của tôi bằng với hoặc dưới 250% Mức Nghèo Liên bang
- Tôi không có bảo hiểm hoặc bảo hiểm của tôi không đủ để đáp ứng mọi nhu cầu của tôi

Chữ ký bệnh nhân: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_

Tên bệnh nhân (ghi rõ): \_\_\_\_\_

Quý vị có thể yêu cầu tài liệu này bằng ngôn ngữ khác, bản in khổ lớn, chữ nổi braille hoặc một định dạng khác theo ý muốn miễn phí. Liên hệ Chương trình ScreenWise tại [screenwise.info@odhsoha.oregon.gov](mailto:screenwise.info@odhsoha.oregon.gov) hoặc 503-580-0652 (gọi/nhắn tin). Chúng tôi chấp nhận tất cả các cuộc gọi chuyển tiếp.

### 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



# Chủng tộc, Dân tộc, Ngôn ngữ và Khuyết tật

## REALD

**Quý vị không bắt buộc phải trả lời những câu hỏi này**, và câu trả lời của quý vị sẽ được bảo mật. Chúng tôi muốn quý vị cho chúng tôi biết chủng tộc, dân tộc, ngôn ngữ và tình trạng khuyết tật của quý vị để chúng tôi có thể tìm ra và giải quyết những sự khác biệt về sức khỏe và dịch vụ. Nếu quý vị không muốn trả lời những câu hỏi này, vui lòng đánh dấu ô "Không muốn trả lời." Nếu quý vị có thắc mắc khi điền đơn này, hãy nhờ nhân viên phòng khám giúp đỡ.

### Chủng tộc và Dân tộc

1. Quý vị xác định mình thuộc chủng tộc hoặc dân tộc, bộ lạc, quốc gia gốc hoặc tổ tiên nào? (ví dụ: tổ tiên của cha mẹ quý vị, thành viên bộ lạc)

Không muốn trả lời

2. Câu nào sau đây mô tả đúng chủng tộc hoặc dân tộc của quý vị? Vui lòng đánh dấu chọn tất cả các câu trả lời thích hợp.

#### Người gốc Tây Ban Nha và Người Mỹ La tinh

Người Trung Mỹ  
 Người Mê-hi-cô  
 Người Nam Mỹ  
 Người Gốc Tây Ban Nha hoặc La tinh khác

#### Người Bản địa Hawaii và Cư dân Vùng Đảo Thái Bình Dương

Người Chamoru  
 Người Marshall  
 Người thuộc các Cộng đồng Khu vực Micronesia  
 Người Bản địa Hawaii  
 Người Samoa  
 Người thuộc các Đảo quốc Thái Bình Dương Khác

#### Người Da trắng

Người Đông âu  
 Người Slav  
 Người Tây âu  
 Người Da trắng khác

#### Người Mỹ Bản địa hoặc Người Bản địa Alaska

Người Mỹ Bản địa  
 Người Bản địa Alaska  
 Người Inuit, Métis hoặc Người bản xứ Canada  
 Người Bản địa Mexico, Trung Mỹ hoặc Nam Mỹ

#### Người Da đen và Người Mỹ gốc Phi châu

Người Mỹ gốc Phi  
 Người Ethiopia gốc Phi-Caribbean  
 Người Somali  
 Người Phi châu khác (Người Da đen)  
 Người Da đen khác

#### Người Trung Đông/Bắc Phi

Người Trung Đông  
 Người Bắc Phi

#### Người Châu Á

Người Ấn Độ gốc Châu Á  
 Người Campuchia  
 Người Trung Quốc  
 Người thuộc các Cộng đồng Miến điện  
 Người Philippines  
 Người H'mông  
 Người Nhật  
 Người Hàn Quốc  
 Người Lào  
 Người Nam Á  
 Người Việt Nam  
 Người Châu Á Khác

#### Các chủng tộc/dân tộc khác

Khác, vui lòng liệt kê:

Không biết

Không muốn trả lời

- |                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3. Nếu quý vị đã đánh dấu chọn <b>nhều hơn một</b> chủng tộc/dân tộc trong danh sách trên, có <b>dân tộc/chủng tộc nào mà quý vị xác định là dân tộc/chủng tộc chính của mình không?</b> | Có. Vui lòng khoanh tròn chủng tộc hoặc dân tộc chính của quý vị ở trên.<br>Tôi không thuộc về chỉ một chủng tộc hoặc dân tộc chính.<br>Không. Tôi xác định mình là người song chủng tộc hoặc đa chủng tộc.<br>Không áp dụng. Tôi chỉ đánh dấu một câu trả lời ở trên.<br>Không biết<br>Không muốn trả lời |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### Ngôn ngữ (Có thông dịch viên trợ giúp miễn phí)

4a. Quý vị sử dụng (các) ngôn ngữ nào ở nhà?

---

**Chuyển sang câu hỏi 7 nếu quý vị đã KHÔNG đánh dấu chọn một ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh hoặc ngôn ngữ ký hiệu**

4b. Quý vị muốn chúng tôi dùng ngôn ngữ nào khi giao tiếp với quý vị trực tiếp, qua điện thoại hoặc trên mạng?

---

4c. Quý vị muốn chúng tôi viết thư cho quý vị bằng ngôn ngữ nào?

---

- |                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5a. Quý vị có cần được <b>thông dịch viên</b> hỗ trợ khi chúng tôi liên lạc với quý vị không? | Có<br>Không<br>Không biết<br>Không muốn trả lời                                                                                                                                                                                                           |
| 5b. Nếu quý vị cần hoặc muốn có thông dịch viên, quý vị thích thông dịch viên ngôn ngữ nào?   | Thông dịch viên ngôn ngữ nói<br>Thông dịch viên Ngôn ngữ Ký hiệu Hoa Kỳ (ASL)<br>Thông dịch viên cho người khiếm thính và/hoặc khiếm thị có thêm rào cản về ngôn ngữ<br>Thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu tương tác (PSE)<br>Khác (vui lòng liệt kê) _____ |

**Bỏ qua câu hỏi 7 nếu quý vị không sử dụng ngôn ngữ nào khác ngoài tiếng Anh hoặc ngôn ngữ ký hiệu**

- |                                                   |                                                                                         |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| 6. Khả năng nói tiếng Anh của quý vị như thế nào? | Rất tốt<br>Tốt<br>Không tốt<br>Hoàn toàn không biết<br>Không biết<br>Không muốn trả lời |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|

## Mức độ khuyết tật/Khả năng

Câu trả lời của quý vị sẽ giúp chúng tôi tìm ra những khác biệt về tình trạng sức khỏe và dịch vụ giữa những người có và không có khó khăn trong vấn đề sinh hoạt. Câu trả lời của quý vị sẽ được bảo mật.

7. Quý vị có bị **kiếm thính** hay bị suy giảm thính lực nghiêm trọng không? Có Không Không biết Không muốn trả lời  
**Nếu có**, quý vị bị tình trạng này bắt đầu từ lúc mấy tuổi? \_\_\_\_\_
8. Quý vị có bị **kiếm thị hay suy giảm thị lực nghiêm trọng ngay cả khi đeo kính** không? Có Không Không biết Không muốn trả lời  
**Nếu có**, quý vị bị tình trạng này bắt đầu từ lúc mấy tuổi? \_\_\_\_\_

**Vui lòng dừng lại tại đây nếu quý vị/cá nhân này dưới 5 tuổi**

9. Quý vị có gặp khó khăn nghiêm trọng khi **đi đứng hay leo cầu thang** không? Có Không Không biết Không muốn trả lời  
**Nếu có**, quý vị bị tình trạng này bắt đầu từ lúc mấy tuổi? \_\_\_\_\_
10. Do sức khỏe thể chất, tinh thần hoặc cảm xúc, quý vị có gặp khó khăn nghiêm trọng trong việc tập trung, ghi nhớ, hiểu, hay ra quyết định không? Có Không Không biết Không muốn trả lời  
**Nếu có**, quý vị bị tình trạng này bắt đầu từ lúc mấy tuổi? \_\_\_\_\_
11. Quý vị có gặp khó khăn nghiêm trọng trong việc thay quần áo hoặc tắm rửa không? Có Không Không biết Không muốn trả lời  
**Nếu có**, quý vị bị tình trạng này bắt đầu từ lúc mấy tuổi? \_\_\_\_\_
12. Quý vị có gặp khó khăn khi học **cách làm những** việc mà hầu hết mọi người ở tuổi quý vị có thể học được không? Có Không Không biết Không muốn trả lời  
**Nếu có**, quý vị bị tình trạng này bắt đầu từ lúc mấy tuổi? \_\_\_\_\_
13. Khi quý vị sử dụng ngôn ngữ thông thường của mình, quý vị có gặp khó khăn nghiêm trọng trong giao tiếp **không**, (ví dụ: hiểu người khác hoặc được người khác hiểu) không? Có Không Không biết Không muốn trả lời  
Tôi không hiểu ý nghĩa của câu hỏi này  
**Nếu có**, quý vị bị tình trạng này bắt đầu từ lúc mấy tuổi? \_\_\_\_\_

**Hãy dừng ngay đây nếu quý vị/cá nhân này dưới 15 tuổi**

14. Do sức khỏe thể chất, tinh thần hoặc cảm xúc, quý vị có gặp khó khăn khi làm những việc vặt một mình như đi khám bác sĩ hay đi mua sắm không?
- Có                      Không                      Không biết                      Không muốn trả lời
- Nếu có**, quý vị bị tình trạng này bắt đầu từ lúc mấy tuổi? \_\_\_\_\_
15. Quý vị có gặp khó khăn nghiêm trọng với những trường hợp sau đây không: tâm trạng, cảm xúc mạnh mẽ, kiểm soát hành vi, trải qua ảo tưởng hoặc ảo giác?
- Có                      Không                      Không biết                      Không muốn trả lời
- Tôi không hiểu ý nghĩa của câu hỏi này
- Nếu có**, quý vị bị tình trạng này bắt đầu từ lúc mấy tuổi? \_\_\_\_\_

Quý vị có thể yêu cầu tài liệu này bằng ngôn ngữ khác, bản in khổ lớn, chữ nổi braille hoặc một định dạng khác theo ý muốn miễn phí. Liên hệ Chương trình ScreenWise tại [screenwise.info@odhsoha.oregon.gov](mailto:screenwise.info@odhsoha.oregon.gov) hoặc 503-580-0652 (gọi/nhắn tin). Chúng tôi chấp nhận tất cả các cuộc gọi chuyển tiếp.