PUBLIC HEALTH DIVISION
ScreenWise Program

ScreenWise 计划
患者初诊资料表

Oregon Health Authority

参与机构：_____ 医疗中心名称：_____

医疗记录编号：_____ 登记日期：_____

患者全名：	
出生日期： 性别：☐ 男 ☐ 女 ☐ 其他	☐ 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县*）
居住地址： 公寓号码：	
城市： 州：	邮编：
电话：	县：

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？**（*此处指所有家庭成员的税前总收入*）：	$ 每月
您的家中有几口人（*包括您本人*）？：	人

西班牙裔或拉丁裔？	☐ 是 ☐ 否 ☐ 不知道 / 不确定 ☐ 不想回答
种族（*勾选一项或多项*）：	☐ 美洲印第安人或阿拉斯加土著 ☐ 亚洲人 ☐ 黑人或美籍非裔 ☐ 夏威夷土著或太平洋岛民 ☐ 白人 ☐ 不知道 / 不确定 ☐ 不想回答
您的首选阅读语言？	☐ 英语 ☐ 西班牙语 ☐ 其他：

*** 请在五个工作日内向 ScreenWise 提交所有初诊资料表信息**

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：

- 乳腺癌或宫颈癌筛查和诊断
- 使用遗传咨询以及 BRCA 1 和 2 检测筛查遗传性癌症，识别高风险患者
- 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 Medicaid 乳腺癌和宫颈癌治疗计划 (BCCTP)。

签署本表格，即表示我**明白**：

- 我可能在下文签署日期之前的三个月开始登记，从而允许 ScreenWise 支付此期间内合资格的索赔。
- 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。
- 我的提供商将评估我是否有资格每年留在该计划。
- ScreenWise 是我的医疗服务提供商、诊所及 / 或医院，可彼此分享我通过 ScreenWise 收到的医疗保健和任何相关医疗护理信息；并可以组织我的护理和参与适当的筛查及 / 或 诊断服务、遗传咨询以及与乳腺癌和宫颈癌相关的检测。
- 我的信息不会被透露给俄勒冈州卫生局、其订约提供商和资助者以外的任何人；任何已发布的报告将不会使用我的名字。
- 我可能会收到与 ScreenWise 服务有关的书面、电话或电子通讯。
- 我的提供商必须以书面形式告诉我有关 ScreenWise 未涵盖的任何服务。

签署此表，即表明我**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：

客户姓名（*正楷书写*）：

您可以获得本文件的其他语言版本、大字印刷版本、盲文版本或您偏好的其他格式的版本。请致电 971-673-0581，联系 Screenwise。我们会接听所有转接电话，或者您可以拨打 711。

FOR PROVIDER USE ONLY	
Patient service eligibility	
Does the patient need breast or cervical cancer diagnostic services?	☐ 21-49 years old* ***Patients 21-49 are not eligible for enrollment unless diagnostic services are needed** ☐ 50 years or older
Breast cancer assessment *selections do not affect eligibility*	
Ashkenazi Jewish origin?	☐ Yes ☐ No ☐ Unknown ☐ Refused
Has patient, or any of their close blood related relatives ever been diagnosed with breast, fallopian tube, male breast, melanoma, ovarian, pancreatic, peritoneal, or prostate cancers?	☐ Yes ☐ No ☐ Unknown ☐ Refused
Breast cancer risk?	☐ Yes ☐ No ☐ Unknown
Breast cancer services	
CBE date: _____ (MM/YYYY)	☐ Normal exam/benign finding ☐ Abnormal/suspicious for cancer ☐ Not performed
Mammogram ordered?	☐ Yes ☐ No ☐ Sent directly for diagnostics (*e.g. ultrasound, etc.*)
Cervical cancer assessment *selections do not affect eligibility*	
Previous pap?	☐ Yes, date (*if known*): _____ (MM/YYYY) ☐ No ☐ Unknown
Cervical cancer risk?	☐ Yes ☐ No ☐ Unknown
Cervical cancer screening services	
Pap date: _____ (MM/YYYY)	☐ Routine screening ☐ Surveillance ☐ Pap elsewhere, referred in for diagnostics ☐ Pap after primary HPV+ ☐ No pap done ☐ No cervical services performed
HPV ordered?	☐ Yes ☐ No