PUBLIC HEALTH DIVISION
ScreenWise Program

Chương trình ScreenWise
Gói Thông tin Tiếp nhận Bệnh nhân

Oregon Health Authority

Cơ quan đăng ký: _____ Tên trang web: _____

Số hồ sơ y tế: _____ Ngày ghi danh: _____

Tên họ đầy đủ của bệnh nhân:	
Ngày sinh: Giới tính: ☐ Nữ ☐ Nam ☐ Khác	☐ Vô gia cư hoặc nhà ở không ổn định? (*Nếu vậy, hãy đánh dấu vào ô và chỉ viết mã ZIP và quận hạt dưới đây*)
Địa chỉ nhà: Số Căn Hộ:	
Thành phố: Tiểu bang:	Mã bưu chính:
Điện thoại:	Quận:

Quý vị có bảo hiểm y tế hoặc Medicaid không?	☐ Có ☐ Có, nhưng không đủ để đáp ứng nhu cầu của tôi ☐ Không
Thu nhập hộ gia đình hàng tháng của quý vị là bao nhiêu? (*Đây là tổng thu nhập trước thuế của tất cả các thành viên trong gia đình.*): $ hàng tháng	
Có bao nhiêu người sống chung trong hộ gia đình quý vị (*kể cả quý vị*))?: người	

Nguồn gốc của quý vị là Người gốc Tây ban nha hoặc La tinh:	☐ Có ☐ Không ☐ Không biết/không chắc chắn ☐ Không muốn trả lời
Chủng tộc (*đánh dấu một hoặc nhiều hơn một*):	☐ Người Mỹ Da Đỏ hoặc Thổ Dân Alaska ☐ Người Châu Á ☐ Người Da đen hoặc Người Mỹ Gốc Phi Châu ☐ Người Bản Địa Hawaii hoặc Người Thuộc Đảo Quốc Thái Bình Dương ☐ Người Da Trắng ☐ Không biết/không chắc chắn ☐ Không muốn trả lời
Quý vị ưa dùng ngôn ngữ nào?	☐ Tiếng Anh ☐ Tiếng Tây Ban Nha ☐ Khác:

*** Gửi tất cả gói thông tin tiếp nạp bệnh nhân đến ScreenWise trong vòng 5 ngày làm việc**

Sự đồng ý của bệnh nhân

Chương trình ScreenWise của Oregon (*ScreenWise*), một chương trình thuộc Cơ quan Y tế Oregon, nhằm giảm bớt ung thư vú và ung thư cổ tử cung, bằng cách thúc đẩy việc phòng ngừa và phát hiện sớm.

ScreenWise có thể thanh toán cho:

- Kiểm tra và chẩn đoán ung thư vú hoặc cổ tử cung
- Kiểm tra ung thư di truyền bằng cách sử dụng tư vấn di truyền và xét nghiệm BRCA 1 và 2 để xác định những bệnh nhân có nguy cơ cao
- Điều hướng và hỗ trợ bệnh nhân

ScreenWise sẽ không chi trả cho việc điều trị ung thư vú hoặc cổ tử cung. Nếu cần điều trị, bệnh nhân có thể nộp đơn cho Chương Trình Điều Trị Ung Thư Vú và Cổ Tử Cung Medicaid (BCCTP).

Bằng cách ký vào mẫu đơn này, **tôi hiểu** rằng:

- Việc đăng ký của tôi có thể bắt đầu tối đa ba tháng trước ngày ký tên dưới đây, cho phép ScreenWise trả tiền cho các đơn xin thanh toán đủ điều kiện trong thời gian đó.
- Tôi sẽ vẫn ghi danh vào ScreenWise trong một năm trong khi tôi vẫn đủ điều kiện và không yêu cầu đưa ra khỏi chương trình.
- Nhà cung cấp dịch vụ của tôi sẽ đánh giá khả năng hội đủ điều kiện của tôi để tiếp tục ở lại chương trình hàng năm.
- ScreenWise, các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế, phòng khám và/hoặc bệnh viện của tôi có thể chia sẻ thông tin với nhau về dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi và mọi dịch vụ chăm sóc y tế liên quan mà tôi nhận được thông qua ScreenWise; và có thể tổ chức sự chăm sóc và tham gia của tôi trong các dịch vụ kiểm tra và/hoặc chẩn đoán thích hợp, tư vấn di truyền và xét nghiệm liên quan đến ung thư vú và cổ tử cung.
- Thông tin của tôi sẽ không bị chia sẻ với bất kỳ ai ngoài Cơ quan Y tế Oregon, các nhà cung cấp và nhà tài trợ đã ký hợp đồng; và mọi báo cáo được công bố sẽ không sử dụng tên của tôi
- Tôi có thể nhận được các thông báo bằng văn bản, điện thoại hoặc phương tiện liên lạc điện tử liên quan đến các dịch vụ ScreenWise.
- Nhà cung cấp dịch vụ của tôi phải cho tôi biết bằng văn bản về bất kỳ dịch vụ nào không được ScreenWise chi trả.

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

Tôi đáp ứng tất cả các yêu cầu đủ điều kiện sau cho chương trình này:

- ✓ Tôi hiện đang sống hoặc có ý định sống ở Oregon
- ✓ Thu nhập hộ gia đình của tôi ở mức hoặc dưới 250% Mức Nghèo túng của Liên bang
- ✓ Tôi không có bảo hiểm hoặc bảo hiểm của tôi không bao gồm đầy đủ các nhu cầu của tôi

Chữ ký bệnh nhân: Ngày:

Tên bệnh nhân *(viết theo kiểu chữ in)*:

Quý vị có thể yêu cầu tài liệu này bằng những ngôn ngữ khác, bản in khổ lớn, chữ nổi hoặc một định dạng mà quý vị muốn. Liên hệ với Screenwise theo số 971-673-0581. Chúng tôi nhận tất cả các cuộc gọi chuyển tiếp hoặc quý vị có thể bấm số 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