

Cơ quan đăng ký: _____ Tên cơ quan: _____
Hình thức đăng ký: Trực tiếp (yêu cầu chữ ký) Từ xa (cho biết là "từ xa" trên dòng chữ ký)
Số hồ sơ y tế: _____ Ngày đăng ký: _____

Tên họ đầy đủ của bệnh nhân:		
Ngày sinh: (MM/DD/YY)	Giới tính: <input type="checkbox"/> Nữ <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Khác	<input type="checkbox"/> Vô gia cư hoặc không có chỗ ở ổn định?
Địa chỉ nhà:	Số căn hộ:	(Nếu vậy, vui lòng đánh dấu vào ô vuông chỉ viết mã bưu chính và tên quận bên dưới)
Thành phố:	Tiểu bang:	Mã bưu chính:
Điện thoại:	Quận:	

Quý vị có bảo hiểm y tế hoặc Medicaid không?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Có, nhưng không đủ để đáp ứng nhu cầu của tôi <input type="checkbox"/> 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
Hộ gia đình quý vị có bao nhiêu người? (kể cả bản thân quý vị):		người

Quý vị thuộc nguồn gốc người Tây ban nha hoặc La tinh?	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Không biết/không chắc <input type="checkbox"/> Không muốn trả lời
Chủng tộc (đánh dấu chọn ít nhất một câu trả lời):	<input type="checkbox"/> Người Mỹ Bản địa hoặc Thổ dân Alaska <input type="checkbox"/> Người Châu Á <input type="checkbox"/> Người Da đen hoặc Người Mỹ Gốc Phi Châu <input type="checkbox"/> Người Bản Địa Hawaii hoặc Người Thuộc Đảo Quốc Thái Bình Dương <input type="checkbox"/> Người Da Trắng <input type="checkbox"/> Không biết/không chắc <input type="checkbox"/> Không muốn trả lời
Quý vị thích đọc bằng ngôn ngữ nào?	<input type="checkbox"/> Tiếng Anh <input type="checkbox"/> Tiếng Tây Ban Nha <input type="checkbox"/> Khác:

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 đích giảm số lượng bệnh nhân ung thư vú và ung thư cổ tử cung bằng cách thúc đẩy 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
- Khám sàng lọc các bệnh ung thư di truyền qua việc tư vấn về 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 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 vào 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 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 thanh toán các đơn xin thanh toán đủ điều kiện trong thời gian đó.
- Tôi sẽ vẫn tham gia ScreenWise trong thời gian một năm khi tôi vẫn đủ điều kiện và tôi không yêu cầu hủy tham gia chương trình.
- Hàng năm, bác sĩ của tôi sẽ tiếp tục xem xét liệu tôi có đủ điều kiện tiếp tục tham gia chương trình hay không.
- ScreenWise, các bác sĩ, 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 bất kỳ dịch vụ chăm sóc y tế liên quan nào mà tôi nhận được qua ScreenWise; và có thể sắp xếp các dịch vụ khám sàng lọc và/hoặc chẩn đoán thích hợp, dịch vụ tư vấn về di truyền và xét nghiệm liên quan đến ung thư vú và ung thư cổ tử cung trong thời gian tôi tham gia.
- 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 sẽ được liên lạc qua thư, điện thoại hoặc phương tiện điện tử về các dịch vụ của ScreenWise.
- Bác sĩ của tôi phải thông báo cho tôi bằng văn bản về bất kỳ dịch vụ nào mà không được ScreenWise chi trả.

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

Tôi đáp ứng tất cả các điều kiện sau đây của 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 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 (*vui lòng ghi rõ*):

Patient service eligibility

Does the patient need breast or cervical cancer diagnostic services?	<input type="checkbox"/> 21-49 years old* *Patients 21-49 are not eligible for enrollment unless diagnostic services are needed <input type="checkbox"/> 50 years or older
--	---

Breast cancer assessment **selections do not affect eligibility**

Ashkenazi Jewish origin?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown <input type="checkbox"/> Refused
Breast cancer risk?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown

Breast cancer services

CBE date: _____ (MM/DD/YYYY)	<input type="checkbox"/> Normal exam/benign finding <input type="checkbox"/> Abnormal/suspicious for cancer <input type="checkbox"/> Not performed
Current Mammogram ordered?	<input type="checkbox"/> Yes (<i>screening or diagnostic</i>) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sent directly for additional diagnostics (<i>e.g. ultrasound, biopsy, etc.</i>)

Cervical cancer assessment **selections do not affect eligibility**

Last Pap (<i>prior to current enrollment</i>)?	<input type="checkbox"/> Yes, date (<i>if known</i>): _____ (MM/DD/YYYY) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown
Cervical cancer risk?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown

Cervical cancer screening services

Pap date: _____ (MM/DD/YYYY)	<input type="checkbox"/> Routine screening <input type="checkbox"/> Surveillance after recent abnormal Pap <input type="checkbox"/> No Pap, Colposcopy ordered <input type="checkbox"/> No Pap, other diagnostics ordered <input type="checkbox"/> No Pap, other screening services provided <input type="checkbox"/> No cervical services performed
HPV ordered?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

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, sắc 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 chọn "không muốn trả lời." Nếu quý vị có thắc mắc khi điền đơn này, hãy nhờ nhân viên phòng khám giúp đỡ.

Sắc tộc và Chủng tộc

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

Không muốn trả lời

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

Người gốc Tây Ban Nha và 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 Người Đảo quốc Thái Bình Dương:

- Người Chamoru (Chamorro)
- Người Marshall
- Người thuộc các cộng đồng vùng Micronesia
- Người Bản Địa Hawaii
- Người Samoa
- Người thuộc Đảo Quốc Thái Bình Dương khác

Người Da Trắng

- Người Đông Âu
- Người Xla-vơ
- Người Tây Âu
- Người Da Trắng Khác

Người Mỹ gốc Da Đỏ hoặc Thổ Dân Alaska

- Người Mỹ gốc Da Đỏ
- Thổ Dân Alaska
- Người Canada Inuit, Metis, hoặc Người thuộc Bộ Tộc Đầu Tiên
- Người Mêhicô Bản Địa Người Trung Mỹ, hoặc Người Nam Mỹ

Người Da Đen và Người Mỹ Gốc Phi

- Người Mỹ Gốc Phi
- Người Caribe Gốc Phi
- Người Ethiopia
- Người Somali
- Người Châu Phi khác (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 Myanmar
- Người Phi-Luật-Tân
- Người H'mông
- Người Nhật Bản
- Người Hàn Quốc
- Người Lào
- Người Nam Á
- Người Việt Nam
- Người Châu Á khác

Chủng tộc khác

Khác, vui lòng liệt kê:

- Không biết
- Không muốn trả lời

3. Nếu quý vị đã đánh dấu chọn nhiều hơn một chủng tộc trong danh sách trên, có dân tộc/chủng tộc nào mà quý vị xác định là sắc tộc/chủng tộc chính của mình không?

- Có. Vui lòng khoanh tròn chủng tộc hoặc dân tộc chính của quý vị ở trên.
- Tôi không có chỉ một chủng tộc hoặc dân tộc chính.
- Không. Tôi xác định mình là người Hai chủng tộc hoặc Đa chủng tộc.
- Không áp dụng. Tôi chỉ đánh dấu một câu trả lời ở trên.
- Không biết
- Không muốn trả lời

Ngôn ngữ (Có thông dịch viên miễn phí)

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

Bỏ qua câu hỏi 7 nếu quý vị 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 liên lạc 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 một **thông dịch viên** để chúng tôi có thể giao tiếp với quý vị không?

- Có
- Không
- Không biết
- Không muốn trả lời

5b. Nếu quý vị cần hoặc muốn có thông dịch viên, quý vị muốn có thông dịch viên cho ngôn ngữ nào?

- Thông dịch viên ngôn ngữ nói
- Thông dịch viên Ngôn ngữ Ký hiệu Hoa Kỳ (ASL)
- Thông dịch viên khiếm thính (Deaf Interpreter) cung cấp dịch vụ cho người khiếm thính-khiếm thị (DeafBlind) có thêm rào cản về ngôn ngữ
- Thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu tương tác (PSE)
- Khác (vui lòng liệt kê):

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

6. Khả năng nói tiếng Anh của quý vị như thế nào ?

- Rất giỏi
- Giỏi
- Không giỏi
- Hoàn toàn không
- Không biết
- Không muốn trả lời

Mức độ khuyết tật/Khả năng

Câu trả lời của quý vị sẽ giúp chúng tôi tìm thấy sự khác biệt về sức khỏe và dịch vụ giữa những người có và không có khó khăn về chức năng. Những câu trả lời của quý vị sẽ được bảo mật.

7. Quý vị có bị điếc hay bị khiếm thính nghiêm trọng không? Có Không Không biết Không muốn trả lời
Nếu có, quý vị gặp phải tình trạng này bắt đầu từ lúc mấy tuổi?

8. Quý vị có bị mù hay khiếm thị **nghiêm trọng ngay cả khi** đeo kính không? Có Không Không biết Không muốn trả lời
Nếu có, quý vị gặp phải 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 trong việc **đi đứng hoặc lên xuống cầu thang** không? Có Không Không biết Không muốn trả lời
Nếu có, quý vị gặp phải 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 gặp phải 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 gặp phải 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 gặp phải tình trạng này bắt đầu từ lúc mấy tuổi?

13. Khi quý vị sử dụng ngôn ngữ thông dụng (thông thường) của mình, quý vị có gặp **khó khăn nghiêm trọng trong giao tiếp** không, (ví dụ: hiểu hoặc được người khác hiểu) Có Không Không biết Không muốn trả lời
Nếu có, quý vị gặp phải tình trạng này bắt đầu từ lúc mấy tuổi?

Vui lòng dừng lại tại 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 gặp phải 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
Nếu có, quý vị gặp phải tình trạng này bắt đầu từ lúc mấy tuổi?