

Authorization#: _____ BCCHP#: _____

Breast, Cervical and Colon Health Program na Pahintulot (consent)**DESKRIPSIYON NG PROGRAMA**

Ang **Breast, Cervical and Colon Health Program (BCCHP)** ay magkasanig na pagpupunyagi sa pagitan ng mga tagapagbigay ng kalusugang serbisyo, ang Washington State Department of Health (DOH), at ng Centers for Disease Control and Prevention (CDC) para suportahan ang pagsusuri para sa suso, cervix at kanser sa kolon. Ang layunin ng pagsusuri ay upang matagpuan ang kanser sa pinakamaagang panahon na mangyari ito upang maiwasan o magamot ito. Ang pagsusuri ng kanser sa suso ay kasama ng eksamen sa suso at pagkuha ng larawan nito sa pamamagitan ng rayos-ekis (X-Ray) na tinatawag na mammogram. Ang pagsusuri sa kanser na cervical ay kasama ng pag-iiksamen sa balakang (pelvic) at ang pagkuha ng sampol o muwestra ng selula na galing sa cervix (bukanan ng matris) na tinatawag na Pap and HPV test. Ang pagsusuri para sa kalusugan ng kolon ay may kasamang isang pagsusuri ng dugo sa tae na tinatawag na FOBT o FIT na iyong inuuwi at ibinabalik sa klinika/provider (tagapagbigay ng serbisyo). Maaaring kailangan mo ng kolonoskopiya o sigmoidoscopy.

PAHINTULOT PARA SA PAGLABAS NG IMPORMASYON

Nagbibigay ako ng pahintulot sa kahit sino at lahat ng aking mga tagapagbigay ng medikal na kalinga, mga klinika, mga ospital, mga plano sa insurance sa kalusugan, at ng BCCHP na magbigay ng impormasyon sa isa't-isa tungkol sa aking pangkalusugang pagkalinga, mga pagsusuri sa cervix, mga eksaminasyon ng suso, mga mammogram, mga pagsusuri sa tae (FOBT/FIT), kolonoskopiya, sigmoidoscopy at anumang may kaugnayan na medikal na pagkalinga na aking matanggap sa pamamagitan ng BCCHP. Aking naiintindihan na ang pormularyo (form) na ito na nagbibigay ng pahintulot (consent) ay mawawalan ng bisa 12 nabuwan mula sa petsa ng aking pagpirma ng pormularyong ito. Kailangan kong sumali muli (mag-enroll) pagkatapos ng 12 na buwan upang mapatuloy ang mga serbisyo

Anumang impormasyong ibinigay sa BCCHP ay mananatiling kumpidensyal. Ang impormasyon na ito ay maaari kong makuha, pati na ang mge empleyado na kasali sa aking BCCHP na mga serbisyo, ang Health Care Authority (para sa Breast and Cervical Cancer Treatment Program (BCCHP o programa sa paggamot sa kanser sa suso at cervix) kung naangkop), at sa Department of Health [Departamento ng Kalusugan], (ang pinagkukunan ng pondo ng BCCHP). Ang impormasyon ay gagamitin upang makamitan ang layunin ng BCCHP na inilarawan sa itaas. Mga nailathalang ulat ng resulta na galing sa BCCHP ay hindi magbubunyag ng pangalan ng sinumang kliyente.

Aking naiintindihan na ang programang ito ay pawang boluntaryo at maari akong umalis sa BCCHP at bawiin sa anumang oras ang aking pinirmahang kapahintulutan sa paglabas ng impormasyon. Naiintindihan ko rin na kung sakaling matuklasan na mayroon akong kanser sa suso o kaya sa cervix, maari akong makatanggap ng tulong sa aking paggamot sa pamamagitan ng Apple Health BCCTP. Ang kawani ng BCCHP ang siyang tutulong sa aking pagpapalista. Bilang bahagi ng serbisyong matatanggap ko mula sa Case Management, naiintindihan kong kailangan kong ibigay sa kanila ang pahintulot na gamutin ako at ibigay ang iba pang kakailanganin nilang impormasyon. Kung sinuri at ako ay mahanapan na may kolon kanser, ang mga tauhan sa BCCHP ay tutulungan ako sa paghanap ng pagkukunan ng paggamot na walang pag-aalintana sa aking kakayahan na magbayad.

Kapag ako ay nagsinungaling sa kahit na anong impormasyon na gagamitin upang madetermina kung ako ay angkop, naiintindihan ko na ako ay mananagot para sa mga singil (charges).

Ilimbag (Isulat) ang Pangalan dito _____ Petsa _____

Saksi: Pasilidad para sa Kalusugan _____ Petsa _____
(Health Facility)

Ilathala ang iyong Pangalan dito _____

Tagapag-salin (kung gumamit) _____ Petsa _____