

Authorization#: _____ BCCHP#: _____

Đơn Đồng Ý Tham Gia Chương Trình Khám Vú, Cổ Tử Cung và Kết Tràng**MIÊU TẢ CHƯƠNG TRÌNH**

Chương Trình Khám Vú, Cổ Tử Cung và Kết Tràng (BCCHP) là một nỗ lực giữa các cơ sở y tế, Washington State Department of Health (DOH - Bộ Y Tế Tiểu Bang Washington), và U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC – Trung Tâm Ngăn Ngừa và Kiểm Soát Bệnh Tật Hoa Kỳ) để hỗ trợ việc tầm soát bệnh ung thư vú, cổ tử cung và kết tràng. Mục đích của việc tầm soát này là nhằm phát hiện bệnh ung thư ở giai đoạn sớm nhất để có thể ngăn ngừa hoặc điều trị. Tầm soát ung thư vú bao gồm khám vú và chụp x-quang vú. Tầm soát ung thư cổ tử cung bao gồm khám vùng chậu và lấy mẫu tế bào từ cổ tử cung (cửa tử cung/dạ con) được gọi là xét nghiệm Pap và HPV. Dò tìm về tình trạng kết tràng bao gồm một loại thử nghiệm máu trong phân được gọi là FOBT hay FIT mà quý vị mang về nhà làm và nộp lại cho y viện/chuyên viên chăm sóc của quý vị. Quý vị có thể cần soi kết tràng hoặc soi đại tràng.

ĐỒNG Ý CHO CÔNG BỐ THÔNG TIN

Tôi đồng ý cho phép tất cả các chuyên viên chăm sóc sức khỏe, y viện, bệnh viện, các chương trình bảo hiểm sức khỏe và BCCHP cung cấp cho nhau những thông tin về việc chăm sóc sức khỏe, xét nghiệm cổ tử cung, xét nghiệm vú, hình x-quang vú, thử nghiệm phân (FOBT/FIT), soi kết tràng, và soi đoạn cuối ruột già và bất cứ thông tin chăm sóc sức khỏe khác có liên quan mà tôi nhận được qua BCCHP. Tôi hiểu đơn đồng ý này sẽ hết hạn trong 12 tháng sau ngày tôi ký đơn này. Tôi phải ghi danh lại sau 12 tháng để tiếp tục các dịch vụ.

Mọi thông tin được công bố cho BCCHP vẫn tiếp tục được giữ kín mật. Thông tin sẽ có sẵn cho tôi, cho nhân viên liên quan đến các dịch vụ BCCHP của tôi, cho Health Care Authority (Cơ Quan Chức Trách Dịch Vụ Chăm Sóc Sức Khỏe), (cho Breast and Cervical Cancer Treatment Program (Chương Trình Điều Trị Ung Thư Vú và Cổ Tử Cung) (BCCTP) nếu thích hợp), và cho Department of Health (Bộ Y Tế - nguồn tài trợ của BCCHP). Thông tin sẽ được sử dụng để đáp ứng các mục đích của BCCHP như được trình bày bên trên. Mọi phúc trình được công bố từ BCCHP sẽ không nêu tên của thân chủ.

Tôi hiểu việc tham gia vào chương trình này là một hành động tự nguyện và tôi có thể ra khỏi BCCHP và rút đơn đồng ý cho công bố thông tin của tôi bất cứ lúc nào. Tôi hiểu rằng nếu phát hiện ra bệnh ung thư vú và/hoặc ung thư cổ tử cung ở tôi, tôi có thể hội đủ điều kiện được điều trị qua Apple Health BCCTP. Nhân viên BCCHP sau đó sẽ giúp tôi ghi danh. Là một phần trong các dịch vụ Quản Lý Hồ Sơ mà tôi nhận được, tôi hiểu tôi cần phải đồng ý điều trị và nộp những thông tin khác khi cần thiết. Nếu tôi được dò tìm và phát hiện bị ung thư kết tràng, nhân viên BCCHP sẽ giúp đỡ tôi tìm các nguồn trợ giúp điều trị bất luận tôi có khả năng chi trả hay không.

Nếu tôi giả mạo bất cứ chi tiết nào được sử dụng để quyết định tư cách hội đủ điều kiện của tôi, tôi hiểu rằng tôi phải chịu mọi trách nhiệm pháp lý.

Ký Tên Quý Vị Ở Đây

Ngày

Nhân Chứng: Cơ Sở Y Tế

Ngày

Viết In Tên Quý Vị Ở Đây

Thông Dịch Viên (nếu có)

Ngày