PUBLIC HEALTH DIVISION
ScreenWise Program

Форма ежегодной регистрации

Oregon Health Authority

Clinic use only/Для заполнения только сотрудниками клиники	
Patient ID number (*provider's record number*) :	Enrollment date: / /
Enrolling agency and site:	
Was patient referred to OregonHealthcare.gov to determine potential eligibility for health care coverage? ☐ Yes ☐ No	If **yes**, referral date: / /

Информация о пациенте			
Фамилия:		Имя:	Инициал отчества:
Дата рождения: / /		Пол: ☐ Женский ☐ Мужской	
Домашний адрес:			Номер квартиры:
Город:	Штат:	Почтовый индекс:	Округ:
Телефон:		Эл. почта:	
Другие используемые имена: (*Фамилия*)		(*Имя*)	
Альтернативная контактная информация *(в случае, если мы не сможем связаться с вами)*			
Ф.И.О:		Кем приходится вам:	
Адрес:			Номер квартиры:
Город:	Штат:	Почтовый индекс:	Телефон:

Информация о праве на получение мед. страхования

Имеется ли у вас медицинская страховка или страховка по программе Medicaid? ☐ Да ☐ Нет

Если **да**, является ли следующее заявление ВЕРНЫМ?

Мой план медицинского страхования не оплачивает полностью услуги по диагностированию рака груди и шейки матки такие, как маммография и/или мазок Папаниколау. ☐ Да ☐ Нет

Расходы на проведение диагностики, которые мне придется оплатить самостоятельно, могут привести к финансовым затруднениям ☐ Да ☐ Нет

Каков общий размер ежемесячного дохода вашей семьи?
(Это общая сумма до вычета налогов для всех членов семьи.):

Сколько человек проживает в вашей семье, *(включая вас)*?:

Демографическая информация (*сбор данной информации производится для улучшения обслуживания)*

Испанское или латиноамериканское происхождение: ☐ Да ☐ Нет ☐ Не известно ☐ Отказываюсь отвечать

Еврейское происхождение из группы Ашкеназов: ☐ Да ☐ Нет ☐ Не известно ☐ Отказываюсь отвечать

Предпочтительный язык для общения

Расовая принадлежность: *(выберите один или несколько вариантов)*

- ☐ Американский индеец или коренной житель Аляски
- ☐ Азиат
- ☐ Чернокожий или афроамериканец
- ☐ Коренной житель Гавайских островов или житель Тихоокеанских островов
- ☐ Белый
- ☐ Другое: _____
- ☐ Не известно
- ☐ Отказываюсь отвечать

Если вы выбрали несколько рас, какую из них вы считаете своей основной расой?	☐ Американский индеец или коренной житель Аляски ☐ Азиат ☐ Чернокожий или афроамериканец ☐ Коренной житель Гавайских островов или житель Тихоокеанских островов ☐ Белый ☐ Ни одну из выбранных рас не считаю основной ☐ Другое: ☐ Не известно ☐ Отказываюсь отвечать
Наличие ограниченных возможностей *(отметьте все, что применимо; отмечается по желанию):*	☐ Ограниченные физические возможности/ограниченная подвижность ☐ Нарушения слуха ☐ Нарушения зрения ☐ Интеллектуальные/когнитивные нарушения Другие:

Соглашение клиента

Принимая участие в программе ScreenWise я соглашаюсь с условиями участия, перечисленными в данной форме:

- Программа ScreenWise может оплачивать стоимость осмотров и диагностики рака груди и шейки матки, а также может оплачивать стоимость осмотров по диагностике заболеваний сердца и инсульта, если мой поставщик медицинских услуг зарегистрирован для предоставления таких услуг.
- Программа ScreenWise не оплачивает услуги по лечению раковых заболеваний; возможно, за проведение лабораторных анализов и лечения, не оплачиваемых программой ScreenWise, мне придется платить самостоятельно.
- Наличие права на проведение осмотра и диагностики рака груди и шейки матки не гарантирует того, что я буду иметь право на осмотр и диагностику заболеваний сердца и инсульта.
- У меня нет медицинского страхования по программе Medicaid, Medicare или любой другой медицинской страховки, которая могла бы оплачивать проведение данных осмотров.
- В программе ScreenWise существуют правила определяющие, кто может принимать участие в данной программе. Насколько мне известно, вся информация, предоставленная мной клинике, является достоверной. Если какая-либо информация, указанная мной клинике, окажется неверной, мне может быть отказано в проведении данных анализов и мне придется оплачивать любые уже проведенные анализы самостоятельно.
- Сотрудники программы ScreenWise, мои поставщики медицинских услуг, клиники и/или больницы могут делиться друг с другом информацией о моем здоровье и любом медицинском обслуживании, полученном мной во время участия в программе ScreenWise, а также могут координировать мое обслуживание и участие в обучающих оздоровительных программах, программах здорового образа жизни, основанных на фактических данных, а также регистрации в службе помощи в отказе от курения в штате Орегон (Oregon Tobacco Quit Line).

- Моя информация не будет сообщаться никому, кроме персонала, сотрудничающего с программой ScreenWise, и их спонсорами. Никакой опубликованный отчет не будет содержать моего имени.
- Я понимаю, что могу отказаться от участия в программе ScreenWise, предоставив моему поставщику медицинских услуг письменное уведомление об этом. Я понимаю, что любая информация, полученная программой ScreenWise до моего отказа от участия в ней, останется в распоряжении программы.
- Я понимаю, что я могу получать по почте письма от моего поставщика медицинских услуг с напоминанием о том, что пришло время для проведения нового осмотра или анализов.
- Данная регистрационная форма истекает через год после ее подписания, означая, что я должен/должна перерегистрироваться каждые 12 месяцев, чтобы получать услуги.

Подпись клиента:	Дата:
Ф.И.О. клиента *(печатными буквами)*:	
Подпись переводчика *(если задействован)*:	Дата:

Print **Reset**