PUBLIC HEALTH DIVISION
ScreenWise Program

年度登记表

Oregon Health Authority

Clinic use only/ 仅供临床使用	
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: / /

患者信息			
姓氏：		名字：	中间名首字母：
出生日期： / /		性别：☐女 ☐ 男	
居住地址：			公寓号码：
城市：	州：	邮编：	国家/地区
电话：		电子邮件：	
使用的其他姓名：（*名字*）		（*姓氏*）	
备用联系信息（*在我们无法与您取得联系时使用*）			
姓名：		与您的关系：	
地址：			公寓号码：
城市：	州：	邮编：	电话：

资格信息
您是否拥有健康保险或医疗补助计划 (Medicaid)？ ☐ 是 ☐ 否 如果**"是"**，以下信息是否真实？ 我的健康保险计划未完全包含乳房和宫颈癌筛查服务，如乳房 X 线照片和/或巴氏涂片检查。☐ 是 ☐ 否 我的诊断服务的自付费用面临财务困难 ☐ 是 ☐ 否
您的家庭月总收入是多少？ （*此处指所有家庭成员的税前总收入。*）：
您的家中有几口人（*包括您本人*）？：

人口统计信息（*我们收集此信息的目的在于为您提供更好的服务*）				
西班牙裔或拉丁裔：	☐ 是	☐ 否	☐ 未知	☐ 拒绝回答
德系犹太裔：	☐ 是	☐ 否	☐ 未知	☐ 拒绝回答
语言选择：				
种族： （*选择一项或多项*）	☐ 美洲印第安人或阿拉斯加本地人： ☐ 亚裔： ☐ 黑种人或美籍非裔 ☐ 夏威夷土著或太平洋岛民：		☐ 白人： ☐ 其他： ☐ 未知 ☐ 拒绝回答	
如果您选择多个种族，您认为您的主要种族是什么？	☐ 美洲印第安人或阿拉斯加本地人： ☐ 亚裔 ☐ 黑种人或美籍非裔 ☐ 夏威夷土著或太平洋岛民： ☐ 白人：		☐ 无主要的种族身份 ☐ 其他： ☐ 未知 ☐ 拒绝回答	

残疾状况（*勾选所有适用项；可选*）：	☐ 身体/移动性 ☐ 智力/认知	☐ 听力 其他：	☐ 视力

客户同意书

通过参加 ScreenWise 计划 (ScreenWise Program)，即表明我同意本表格的所述内容：

- ScreenWise 可支付乳房和宫颈癌筛查和诊断的费用，并支付与心脏疾病和中风相关的筛查服务，如若我的服务提供者注册提供此类服务。
- ScreenWise 未支付癌症治疗的相关费用，本人需支付 ScreenWise 未涵盖的检查和治疗费用。
- 有资格获得乳房和宫颈癌筛查和诊断服务并未保证我还将接受与心脏和中风相关的筛查服务。
- 我没有将支付此类筛查费用的医疗辅助计划、联邦医疗保险 (Medicare) 或其他保险。
- ScreenWise 就有资格参加该计划的人员进行规定。据我所知，我向诊所提供的所有信息均真实。如果我告知诊所的信息不真实，我则无法获得此类检查，并且我必须为任何已执行的检查支付费用。
- ScreenWise、我的医疗保健提供商、诊所和/或医院可就我通过 ScreenWise 接受的健康护理和任何相关的医疗护理相互分享信息；并且可以组织我在健康辅导过程中的护理和参与、以证据为基础的生活方式项目以及俄勒冈州戒烟热线。
- 未与 ScreenWise 签约的服务提供者和其资助者，不可分享我的信息。任何公布的报告不会使用本人的姓名。
- 我理解我有权通过书面通知我的医疗服务提供者来退出 ScreenWise 计划。我理解任何在我退出之前已分享的信息应由 ScreenWise 保管。
- 我理解我可通过邮件获得我的医生发送的信函，以提醒我回诊所进行筛查或其他测试的时间。
- 此登记表将自本人签字之日起的一年后失效，这意味着本人必须在 12 个月后重新登记，以持续享有服务。

客户签名：	日期：
客户姓名（*正楷书写*）：	
口译人员签名（*如使用*）：	日期：

Print Reset