

Clinic use only / 진료소 전용

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? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	If yes , referral date: / /

환자에 관한 자료

성:	이름:	중간 이름 약자:
생년월일: / /	성별: <input type="checkbox"/> 여 <input type="checkbox"/> 남	
집주소:	아파트 번호:	
시:	주:	우편번호: 카운티:
전화번호:	전자 우편주소:	
사용한 적이 있는 다른 이름(들): (성)	(이름)	

다른 연락처 (직접 연락이 안 될 경우)

이름:	신청인과의 관계:
주소:	아파트 번호:
시:	주: 우편번호: 전화번호:

수혜자격에 관한 자료

건강보험이나 메디케이드가 있습니까? 예 아니오
 "예"로 답했으면, 다음이 사실입니까?
 본인의 건강보험은 유방 X 선 검사 및/또는 자궁경부 질세포진검사와 같은 유방암이나 자궁경부암 검사 혜택을 전폭적으로 제공하지 않습니다. 예 아니오
 환자가 부담해야 하는 진단비용으로 재정적인 난관에 놓이게 됩니까? 예 아니오

신청인의 한 달 총 가구소득은 얼마입니까?

(세금을 공제하기 전 모든 식구의 총소득):

신청인의 가구 내 식구 수 (신청인 포함):

통계를 위한 자료 (보다 나은 서비스를 위해 수집하는 자료)

히스패닉 또는 라티노계	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 모름	<input type="checkbox"/> 응답하지 않겠음
아슈케나지 유대계	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/> 모름	<input type="checkbox"/> 응답하지 않겠음

사용하고 싶은 언어:

인종: (하나 이상 선택 가능)	<input type="checkbox"/> 미 인디언 또는 알래스카 원주민	<input type="checkbox"/> 백인
	<input type="checkbox"/> 아시아인	<input type="checkbox"/> 기타: _____
	<input type="checkbox"/> 흑인 또는 아프리카계 미국인	<input type="checkbox"/> 모름
	<input type="checkbox"/> 하와이 원주민 또는 태평양 군도인	<input type="checkbox"/> 응답하지 않겠음

하나 이상 선택했으면, 어떤 인종을 우선으로 여깁니까?	<input type="checkbox"/> 미 인디언 또는 알래스카 원주민	<input type="checkbox"/> 주요 인종에 대한 정체성 없음
	<input type="checkbox"/> 아시아인	<input type="checkbox"/> 기타: _____
	<input type="checkbox"/> 흑인 또는 아프리카계 미국인	<input type="checkbox"/> 모름
	<input type="checkbox"/> 하와이 원주민 또는 태평양 군도인	<input type="checkbox"/> 응답하지 않겠음
	<input type="checkbox"/> 백인	

장애여부 (해당하는 모두에 신체/지체 장애 청각 장애 시각 장애
표시; 원할 때에 한함) 지적/인지 장애 기타: _____

의뢰인 승인

이 ScreenWise 프로그램에 등록하면서, 본인은 이 신청서에 적힌 다음 사항에 동의합니다:

- ScreenWise에서는 유방암과 자궁경부암 검사와 진단 비용을 지급할 수 있으며, 본인의 의료제공자가 서비스를 제공하도록 등록되어 있다면, 심장질환과 뇌졸중에 관한 검사와 진단 비용을 지급할 수도 있습니다.
- ScreenWise에서는 암 치료 비용을 지급하지 않으며 ScreenWise에서 지급하지 않는 검사와 치료 비용을 본인이 지급해야 할 수도 있습니다.
- 유방암과 자궁경부암 검사 및 진단 서비스 수혜자격은 본인의 심장질환과 뇌졸중 관련 검사 및 서비스도 받는다는 보장을 하지 않습니다.
- 본인은 메디케이드나 메디케어 또는 이런 검사 비용을 지급하는 다른 보험을 가지고 있지 않습니다.
- ScreenWise에는 프로그램에 등록할 수 있는 사람에 관한 규정이 있습니다. 본인이 진료소에 제공하는 모든 자료는 본인이 아는 한 사실입니다. 만일 사실이 아닌 것을 진료소에 제공한다면, 본인은 이들 검사를 받지 못하게 될 수 있으며 받은 모든 검사 비용을 본인이 지급하게 됩니다.
- ScreenWise, 본인의 의료 진료 제공자, 진료소 및/또는 병원은 ScreenWise를 통하여 받은 본인의 건강진료와 모든 의료 진료에 관한 자료를 공유할 수 있습니다; 그리고 본인의 진료를 준비하고 건강지도와 자료에 기반을 둔 생활방식 프로그램, 그리고 Oregon Tobacco Quit Line(금연 상담전화)에 가입할 수 있습니다.
- 본인에 관한 자료는 ScreenWise와 계약한 제공자 및 기금 제공자 외에는 누구와도 공유하지 않습니다. 발행하는 어떤 보고서도 본인의 이름을 사용하지 않습니다.
- 본인은 본인의 건강진료제공자에게 서면으로 통지하여 ScreenWise 프로그램에서 탈퇴할 수 있습니다. 본인은 본인이 탈퇴하기 전 공유된 모든 자료는 ScreenWise에서 보관하게 됨을 압니다.
- 본인은 본인의 의사로부터 선별검사 또는 다른 검사를 받도록 본인의 진료소에 갈 때를 알려주는 서신을 우송받을 수 있음을 압니다.
- 이 등록 신청서의 유효기간은 본인이 서명한 후 1년이며, 이는 12개월 후에도 계속 서비스를 받으려면 다시 등록해야 한다는 뜻입니다.

의뢰인 서명:

날짜:

의뢰인 이름 (인쇄체로 쓸 것):

통역인 서명(해당할 때):

날짜: