PUBLIC HEALTH DIVISION
ScreenWise Program

Mẫu Ghi Danh Hàng Năm

Oregon Health Authority

Clinic use only / Dành riêng để Phòng khám sử dụng	
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: / /

Thông tin về bệnh nhân			
Họ:		Tên:	Chữ Lót:
Ngày Sinh: / /		Giới Tính: ☐ Nữ ☐ Nam	
Địa Chỉ Nhà:			Số Căn Hộ:
Thành Phố:	Tiểu Bang:	Mã Bưu Cục (ZIP):	Quận Hạt:
Số Điện Thoại:		Email:	
(Những) Tên Khác Đã Sử Dụng: (*Họ*)		(*Tên*)	
Tin tức liên lạc thay thế ***(trong trường hợp không liên lạc được quý vị)***			
Tên:		Mối Liên Hệ Với Quý Vị:	
Địa Chỉ:			Số Căn Hộ:
Thành Phố:	Tiểu Bang:	Mã Bưu Cục (ZIP):	Số Điện Thoại:

Thông Tin Về Khả Năng Đủ Điều Kiện

Quý vị có bảo hiểm y tế hoặc Medicaid không? ☐ Có ☐ Không

Nếu **có**, thông tin sau đây có ĐÚNG không?

Chương trình bảo hiểm y tế của tôi không bao trả cho các dịch vụ tầm soát ung thư vú và ung thư cổ tử cung như các phim chụp tia X vú (mammograms) và/hoặc các xét nghiệm phết tế bào cổ tử cung (Pap tests). ☐ Có ☐ Không

Tôi gặp phải khó khăn về tài chính cho các chi phí tự bỏ tiền ra thanh toán của tôi dành cho các dịch vụ chẩn đoán. ☐ Có ☐ Không

Mức tổng thu nhập trước thuế hàng tháng của hộ gia đình quý vị là bao nhiêu?
(Đây là tổng thu nhập trước thuế của tất cả các thành viên trong gia đình.):

Có bao nhiêu người sống chung trong hộ gia *đình quý vị (kể cả quý vị)*?:

Thông tin nhân khẩu học (*chúng tôi thu thập những tin tức này để phục vụ quý vị tốt hơn)*

Nguồn gốc của quý vị là Người Hispanic hoặc Latino:	☐ Phải	☐ Không phải	☐ Không Biết	☐ Từ chối trả lời
Nguồn gốc của quý vị là Người Do Thái Ashkenazi:	☐ Phải	☐ Không phải	☐ Không Biết	☐ Từ chối trả lời

Ngôn ngữ sử dụng:

Chủng tộc: *(có thể chọn một hoặc nhiều hơn)*	☐ Người Mỹ Da Đỏ hoặc Thổ Dân Alaska	☐ Người Da Trắng
	☐ Người Á Châu	☐ Khác:
	☐ Người Da đen hoặc Người Mỹ Gốc Phi Châu	☐ Không Biết
	☐ Người Hawaiian Bản Xứ hoặc Cư Dân Vùng Đảo Thái Bình Dương	☐ Từ chối trả lời

Nếu quý vị chọn nhiều hơn một chủng tộc, thì quý vị cho rằng chủng tộc chính của mình là gì?	☐ Người Mỹ Da Đỏ hoặc Thổ Dân Alaska ☐ Người Á Châu ☐ Người Da đen hoặc Người Mỹ Gốc Phi Châu ☐ Người Hawaiian Bản Xứ hoặc Cư Dân Vùng Đảo Thái Bình Dương ☐ Người Da Trắng	☐ Không có nhận dạng chủng tộc chính ☐ Khác: _____ ☐ Không Biết ☐ Từ chối trả lời
Tình trạng Khuyết tật *(đánh dấu tất cả các ô thích hợp; tùy ý):*	☐ Thể chất/Vận động ☐ Thính lực ☐ Thị lực ☐ Trí tuệ/nhận thức Khác: _____	

Chấp Thuận của Bệnh Nhân

Bằng việc đăng ký tham gia Chương Trình ScreenWise, tôi đồng ý cho các thông tin được viết trên mẫu đơn này:

- Chương Trình ScreenWise có thể thanh toán cho các dịch vụ tầm soát và phân tích ung thư vú và ung thư cổ tử cung và có thể thanh toán cho các dịch vụ liên quan đến tim mạch và đột quỵ, nếu nhà cung cấp của tôi đã được đăng ký để thực hiện các dịch vụ này.
- Chương Trình ScreenWise không thanh toán cho điều trị ung thư và tôi có thể phải thanh toán cho các xét nghiệm và điều trị mà Chương Trình ScreenWise không bao trả.
- Việc hội đủ điều kiện cho các dịch vụ tầm soát và phân tích ung thư vú và ung thư cổ tử cung không đảm bảo rằng tôi cũng sẽ nhận được các dịch vụ tầm soát liên quan đến tim mạch và đột quỵ.
- Tôi không có trong chương trình Medicaid, Medicare hoặc chương trình bảo hiểm nào khác để thanh toán cho các xét nghiệm tầm soát này.
- Chương Trình ScreenWise có các quy định về việc cá nhân nào có thể đăng ký tham gia vào chương trình. Tất cả các thông tin mà tôi đã cung cấp cho phòng khám là đúng sự thật theo hiểu biết của tôi. Nếu tôi đã nói cho phòng khám điều gì không đúng, tôi có thể sẽ không nhận được các xét nghiệm này và tôi có thể phải thanh toán cho bất kỳ xét nghiệm nào đã được thực hiện.
- Chương Trình ScreenWise, các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế của tôi, các phòng khám và/hoặc các bệnh viện có thể chia sẻ với nhau bất kỳ thông tin nào về việc săn sóc y tế và các quá trình săn sóc y tế liên quan mà tôi nhận được thông qua Chương Trình ScreenWise của tôi; và có thể tổ chức việc săn sóc của tôi và tham gia vào trong quá trình huấn luyện sức khỏe, các chương trình về lối sống dựa trên cơ sở thực tiễn và Đường Dây Cai Thuốc Lá Của Tiểu Bang Oregon (Oregon Tobacco Quit Line).
- Thông tin của tôi sẽ không được trao đổi với bất cứ ai khác ngoài những nhà cung cấp dịch vụ có ký hợp đồng và những nhà tài trợ Chương Trình ScreenWise. Bất kỳ báo cáo công khai nào cũng không được sử dụng tên của tôi.
- Tôi hiểu rằng tôi có quyền từ bỏ Chương Trình ScreenWise bằng cách thông báo cho nhà cung cấp dịch vụ săn sóc y tế của tôi bằng văn bản. Tôi hiểu rằng bất kỳ thông tin nào được chia sẻ trước thời điểm hủy bỏ sẽ được Chương Trình ScreenWise lưu giữ.
- Tôi hiểu rằng tôi có thể nhận được các thư từ qua bưu điện từ bác sĩ của tôi để nhắc tôi đến lúc quay lại phòng khám để thực hiện các xét nghiệm tầm soát hoặc các xét nghiệm khác.

• Mẫu ghi danh này có giá trị trong vòng một năm sau ngày tôi ký tên trên mẫu, có nghĩa là tôi phải tái ghi danh sau 12 tháng để tiếp tục nhận được các dịch vụ.	
Chữ ký của khách hàng:	Ngày:
Tên bệnh nhân *(viết theo kiểu chữ in)*:	
Chữ ký của thông dịch viên *(nếu sử dụng)*:	Ngày:

Print **Reset**