

**Пакет документов для регистрации пациента
для участия в программе ScreenWise
Необходимо вернуть в программу ScreenWise в
течение 5 дней с момента регистрации**

Служба, производящая регистрацию: _____ Название места регистрации: _____

Тип регистрации: При личной встрече (*подпись обязательна*)
 Дистанционно (*укажите «remote» (дистанционно) в строке для подписи*)

Номер медицинской записи: _____ Дата регистрации: _____

Полное имя пациента: _____ Дата рождения: _____

Гендерная идентичность (например, женщина, мужчина или небинарное лицо): _____

Является бездомным или не имеет постоянное место жительства? (*Если да, отметьте эту клеточку и ниже запишите только почтовый индекс и название округа*)

Домашний адрес: _____ Номер квартиры: _____

Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____

Телефон: _____ Округ: _____

Имеется ли у вас медицинское страхование или страхование по программе Medicaid?

- Да
 Да, но этого недостаточно для удовлетворения моих потребностей
 Нет

Каков общий размер ежемесячного дохода вашей семьи?

(*Это общая сумма дохода всех членов семьи до вычета налогов*) _____ долл. в месяц

Сколько человек проживает в вашей семье? (включая вас) _____ человек(-а)

Согласие клиента

Программа ScreenWise в штате Орегон (*ScreenWise*) представляет собой программу Управления здравоохранения штата Орегон, предназначенную для снижения уровня распространенности заболевания раком молочной железы или шейки матки путем популяризации мер профилактики и ранней диагностики.

В рамках программы ScreenWise могут оплачиваться:

- Общие обследования населения с целью выявления наличия заболеваний и диагностика рака молочной железы или шейки матки
- Помощь в планировании обслуживания пациентов и поддержка

В рамках программы ScreenWise не будет оплачиваться лечение рака молочной железы или шейки матки. В случае необходимости лечения пациенты могут подать заявление на участие в программе медицинской помощи для лечения рака молочной железы и шейки матки (BCSTP).

Подписывая настоящий документ, я **понимаю**, что:

- Моё участие в программе может начаться за три месяца до момента подписания этого документа ниже, что позволит оплачивать услуги, оказанные на законном основании, из средств программы ScreenWise в течение этого периода времени.
- Я продолжу участвовать в программе ScreenWise в течение одного года при условии сохранения мной права на участие и отсутствия с моей стороны просьбы об исключении меня из числа участников программы.
- Мой поставщик медицинских услуг будет ежегодно определять наличие у меня права на продолжение участия в программе.
- Работники программы ScreenWise, мои поставщики медицинских услуг, работники клиник и/или больниц могут обмениваться друг с другом информацией о моем состоянии здоровье и другой сопутствующей информацией о медицинском обслуживании, полученном мной в рамках программы ScreenWise, а также планировать мое обслуживание и участие в соответствующих диагностических обследованиях и/или процедурах, связанных с раком молочной железы или шейки матки.
- Мои данные не будут разглашаться третьим сторонам, не входящим в сеть поставщиков услуг Управления здравоохранения штата Орегон, субподрядчикам или спонсорам управления, и мое имя не будет указано ни в каком опубликованном отчете.
- Мне, возможно, будут отправлять письменные, телефонные или электронные сообщения, связанные с обслуживанием по программе ScreenWise.
- Мой поставщик услуг должен предупредить меня в письменном виде о любых услугах, не оплачиваемых программой ScreenWise.

Подписывая настоящий документ, я **подтверждаю**, что:

- Я соответствую всем указанным ниже требованиям, предъявляемым к участникам программы:
 - ✓ Я проживаю или планирую проживать в штате Орегон
 - ✓ Доход моей семьи составляет или находится ниже 250% федерального уровня бедности
 - ✓ Я не имею медицинского страхования, или моё страхование не обеспечивает полностью все мои потребности

Подпись пациента: _____ Дата: _____

Имя, фамилия пациента (печатными буквами): _____

Вы можете бесплатно получить этот документ на других языках, напечатанный крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в другом удобном для вас формате. Свяжитесь с программой ScreenWise по эл. почте screenwise.info@odhsoha.oregon.gov или по тел. 1-877-255-7070 (оператор/смс). Мы принимаем все звонки по линии трансляционной связи.

Patient service eligibility

Does the patient need breast or cervical cancer diagnostic services?

- 18-39 years old*
- 40 years or older

*Patients 18-39 are not eligible for enrollment unless diagnostic services are needed

Breast cancer assessment *selections do not affect eligibility*

High risk for breast cancer?

- Yes
- No
- Unknown

Breast cancer services

CBE date: _____ (MM/DD/YYYY)

- Normal exam/benign finding
- Abnormal/suspicious for cancer
- Not performed

- Yes (*screening or diagnostic*)
- No (*screening or diagnostic*)
- Sent directly for additional diagnostics (*e.g. ultrasound, biopsy, etc.*)

Cervical cancer assessment *selections do not affect eligibility*

Last Pap (prior to current enrollment)?

- Yes, date (*if known*): _____ (MM/DD/YYYY)
- No
- Unknown

High risk for cervical cancer?

- Yes
- No
- Unknown

Cervical cancer screening services

Current Cervical Services ordered: _____
(MM/DD/YYYY)

- Routine Pap
- Surveillance after recent abnormal Pap
- No pap, other diagnostics ordered
- Colposcopy
- Other cervical diagnostics
- No cervical services performed

HPV ordered?

- Yes
- No

Вопросы, касающиеся расового и этнического происхождения, языка общения и наличия ограниченных возможностей здоровья (REALD): (Заполняется пациентом)

Ответы на следующие вопросы даются добровольно и будут храниться в конфиденциальности. Мы просим вас указать свою расовую и этническую принадлежность, язык общения и уровень ваших способностей для того, чтобы мы могли выявить и решить проблемы, связанные с поддержанием вашего здоровья и предоставлением вам необходимого обслуживания. Если вы не желаете отвечать на эти вопросы, пожалуйста, отметьте ответ «Предпочитаю не отвечать». Если при заполнении этого бланка документа у вас возникнут вопросы, пожалуйста, обратитесь за помощью к сотрудникам клиники.

Расовая и этническая принадлежность

1. Как вы определяете свое расовое или этническое происхождение, племенную принадлежность, страну происхождения или родословную? (например, происхождение ваших родителей, принадлежность к племени)

Не желаю отвечать

2. Что из нижеперечисленного описывает ваше расовое или этническое происхождение? Пожалуйста, отметьте **ВСЕ** применимые варианты.

Лицо латиноамериканского происхождения

- Выходец из стран Центральной Америки
- Мексиканец
- Выходец из стран Южной Америки
- Испаноговорящий или латиноамериканец другого происхождения

Лицо латиноамериканского происхождения

- Чаморро (коренной житель острова Чаморро)
- Выходец с Маршалловых островов
- Выходец из стран сообщества Микронезийского региона
- Коренной житель Гавайских островов
- Самоанец
- Выходец с других островов Тихого океана

Европеец

- Уроженец Восточной Европы
- Славянин
- Уроженец Западной Европы
- Европейец другого происхождения

Американский индеец или Коренной житель Аляски

- Американский индеец
- Коренной житель Аляски
- Канадский инуит, метис или представитель коренного населения
- Абориген Мексики, Центральной Америки или Южной Америки

Чернокожий и афроамериканец

- Афроамериканец
- Африканец карибского происхождения
- Эфиоп
- Сомалиец
- Африканец (чернокожий) другого происхождения
- Чернокожий другого происхождения

Выходец из стран Ближнего Востока/Северной Африки

- Уроженец Ближнего Востока
- Выходец из стран Северной Африки

Азиат

- Азиатский индус
- Камбоджиец
- Китаец
- Представитель сообществ Мьянмы
- Филиппинец
- Хмонг
- Японец
- Кореец
- Лаосец
- Уроженец Южной Азии
- Вьетнамец
- Азиат другого происхождения

Прочие категории

- Другое, пожалуйста, укажите:

-
- Не знаю
 - Не желаю отвечать

3. Если вы отметили несколько категорий выше, считаете ли вы какую-либо одну из них в качестве основной расовой принадлежности?
- Да. Пожалуйста, обведите выше свою основную расовую или этническую принадлежность.
 - У меня нет только одной основной расовой или этнической принадлежности.
 - Нет. Я считаю себя лицом, имеющим два или несколько происхождений.
 - Не применимо. Я отметил(-а) только одну категорию выше.
 - Не знаю
 - Не желаю отвечать

Язык (услуги устных переводчиков предлагаются бесплатно)

4a. На каком языке или языках вы разговариваете дома?

Перейдите к вопросу 7, если вы НЕ указали язык, отличный от английского или языка жестов.

4b. На каком языке вы желаете общаться с нами лично, по телефону или виртуально?

4c. На каком языке вы предпочитаете вести с нами переписку?

5a. Требуется ли вам устный переводчик для общения с нами?

- Да Нет Я не знаю Я не желаю отвечать

5b. Если вам требуется переводчик, укажите, какой вид устного перевода предпочтительнее?

- Устный переводчик
- Услуги переводчика на американский язык жестов (ASL)
- Услуги переводчика для слепоглухонемых и глухонемых, имеющих дополнительные ограничения
- Контактный сурдопереводчик (PSE)
- Другое (пожалуйста, перечислите): _____

Перейдите к вопросу 7, если вы не используете язык, отличный от английского или языка жестов.

6. Насколько хорошо вы говорите по-английски?

- Очень хорошо
- Хорошо
- Плохо
- Вообще не говорю
- Не знаю
- Не желаю отвечать

Уровень недееспособности/способности

Ваши ответы помогут нам выявить различия в медицинском обслуживании и предоставлении услуг лицам, имеющим и не имеющим сложности в выполнении функциональных задач. Ваши ответы конфиденциальны.

7. Являетесь ли вы глухим или лицом с серьезным нарушением слуха?

- Да Нет Я не знаю Я не желаю отвечать

Если да, то в каком возрасте возникло это заболевание? _____

8. Являетесь ли вы незрячим или лицом с серьезным нарушением зрения даже при ношении очков?

- Да Нет Я не знаю Я не желаю отвечать

Если да, то в каком возрасте возникло это заболевание? _____

Пожалуйста, не продолжайте отвечать на вопросы далее, если вы/лицо не достигли/достигло возраста 5 лет

9. Испытываете ли вы серьезные трудности при ходьбе или подъеме по лестнице?

- Да Нет Я не знаю Я не желаю отвечать

Если да, то в каком возрасте возникло это заболевание? _____

10. Наблюдаются ли у вас серьезные трудности с концентрацией внимания, запоминанием или принятием решений в связи с наличием у вас физического или психического заболевания либо эмоционального расстройства?

- Да Нет Я не знаю Я не желаю отвечать

Если да, то в каком возрасте возникло это заболевание? _____

11. Испытываете ли вы серьезные трудности при одевании или купании?

- Да Нет Я не знаю Я не желаю отвечать

Если да, то в каком возрасте возникло это заболевание? _____

12. Испытываете ли вы серьезные трудности с тем, чтобы научиться тому, чему может научиться большинство людей вашего возраста?

- Да Нет Я не знаю Я не желаю отвечать

Если да, то в каком возрасте возникло это заболевание? _____

13. При использовании вашего обычного (*родного*) языка, испытываете ли вы серьезные трудности в общении, (*например, в понимании окружающих или выражении своих мыслей таким образом, чтобы окружающие понимали вас*)?

- Да Нет Я не знаю Я не желаю отвечать

Если да, то в каком возрасте возникло это заболевание? _____

Пожалуйста, не продолжайте отвечать на вопросы далее, если вы/лицо не достигли возраста 15 лет

14. Испытываете ли вы трудности в самостоятельном выполнении таких заданий, как посещение кабинета врача или совершение покупок, в связи с наличием у вас физического или психического заболевания либо эмоционального расстройства?

- Да Нет Я не знаю Я не желаю отвечать

Если да, то в каком возрасте возникло это заболевание? _____

15. Испытываете ли вы серьезные трудности с перечисленными состояниями: настроением, сильными чувствами, контролем за своим поведением, бредом или галлюцинациями?

- Да Нет Я не знаю Я не желаю отвечать

Если да, то в каком возрасте возникло это заболевание? _____