

ScreenWise 患者参加资料包 于参与后的 5 天内向 ScreenWise 提交

参与机构：_____ 医疗中心名称：_____

参与类型： 亲自（需要签名） 远程（在签署行注明“remote（远程）”）

医疗记录编号：_____ 登记日期：_____

患者全名：_____ 出生日期：_____

性别认同（例如女性、男性或非二元性）：_____

无家可归或无稳定住所？（如果是，请勾选方框，仅填写下方的邮政编码和县）

居住地址：_____ 公寓号码：_____

城市：_____ 州：_____ 邮政编码：_____

电话：_____ 县：_____

您是否拥有健康保险或 Medicaid？ 是
 是，但不足以涵盖我的需要
 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） \$ _____ 每月

您家中有多少人？
（包括您自己） _____ 人

患者同意书

俄勒冈州 ScreenWise 计划（ScreenWise）是俄勒冈州卫生局的一项计划，旨在通过提倡预防和早期检测来减少乳腺癌和宫颈癌。

ScreenWise 可为以下项目付费：

- 乳腺癌或宫颈癌筛查和诊断
- 患者指导和支持

ScreenWise 不会支付乳腺癌或宫颈癌治疗费用。如果需要治疗，患者可申请 Medicaid 乳腺癌和宫颈癌治疗计划 (BCCTP)。

签署本表格，即表示我明白：

- 我可能在下文签署日期之前的三个月开始登记，从而允许 ScreenWise 支付此期间内合格的索赔。
- 我将在有资格并且没有要求退出该计划的情况下，继续参加 ScreenWise 一年。

- 我的提供商将评估我是否有资格每年留在该计划。
- ScreenWise 是我的医疗服务提供商、诊所及 / 或医院，可能会彼此分享我通过 ScreenWise 收到的医疗保健和任何相关医疗护理信息；并可能组织我的护理，参与适当的乳腺和宫颈癌筛查和/或诊断服务。
- 我的信息不会被透露给俄勒冈州卫生局、其订约提供商和资助者以外的任何人；任何已发布的报告将不会使用我的名字。
- 我可能会收到与 ScreenWise 服务有关的书面、电话或电子通讯。
- 我的提供商必须以书面形式告诉我有关 ScreenWise 未涵盖的任何服务。

签署此表，即表明我**确认**：

- 我符合该计划的以下所有资格要求：
 - ✓ 我住在或打算住在俄勒冈州
 - ✓ 我的家庭收入等于或低于联邦贫困线的 250%
 - ✓ 我没有保险或我的保险不能完全涵盖我的需要

患者签名： _____ 日期： _____

患者姓名（正楷书写）： _____

您可免费获取本文件的其他语言版、大字版、盲文版或您偏好格式的版本。请联系 ScreenWise 计划，电子邮件：screenwise.info@odhsoha.oregon.gov 或 1-877-255-7070 (语音/短信)。我们接听所有的转接电话。

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

种族、民族、语言及残疾 (REALD) 情况调查表 (由患者填写)

下列问题属可选，且您的所有回答将被保密。我们希望了解您的种族、民族、语言及能力水平，以便我们能够确定健康和服务存在的差异并加以应对。如果您不想回答这些问题，请勾选“不愿意回答。”如果您在填写本表格时有任何问题，请向诊所员工寻求帮助。

种族及民族

1. 您认为自己属于何种民族或种族、部落从属关系、原籍国或血统？
(例如您父母的血统、部落成员身份)

不想回答

2. 下列哪一项描述了您的种族或民族身份？请勾选 **所有**适用项：

西班牙裔及拉丁美洲裔

- 中美洲裔
 墨西哥裔
 南美洲裔
 其他西班牙裔或拉丁美洲裔

西班牙裔及拉丁美洲裔

- 查莫洛人 (查莫洛)
 马绍尔裔
 密克罗尼西亚地区社群
 夏威夷原住民
 萨摩亚裔
 其他太平洋岛民

白人

- 东欧裔
 斯拉夫裔
 西欧裔
 其他白人

美洲印第安人或 阿拉斯加原住民

- 美洲印第安人
 阿拉斯加原住民
 加拿大因纽特人、梅蒂人或
印第安原住民
 墨西哥、中美洲或南美洲
原住民

黑人及非裔美国人

- 非裔美国人
 非裔加勒比人
 埃塞俄比亚裔
 索马里裔
 其他非洲裔 (黑人)
 其他黑人

中东人 / 北非人

- 中东裔
 北非裔

亚裔

- 亚裔印度人
 柬埔寨裔
 华裔
 缅甸社群
 菲律宾裔
 苗族
 日裔
 韩裔
 老挝裔
 南亚裔
 越南裔
 其他亚裔

其他类别

- 其他，请列明：

 不知道
 不想回答

3. 如果您勾选上文所列的多个类别，是否有一个您认为是您的主要种族身份的类别？

是的。请在上面圈选出您的主要民族或种族身份。

我有一个以上的主要种族或民族身份。

否。我确定我的身份为混血儿或多种族。

不适用。我仅勾选一个上面的类别。

不知道

不想回答

语言 (免费提供口语翻译人员服务)

4a. 您在家使用哪些语言？

若您并未说明除英语之外的语言或手语, 请转到问题 7

4b. 您希望我们以哪种语言与您亲自、通过电话或远程交谈？

4c. 您希望我们以哪种语言给您写信？

5a. 您是否需要口语翻译人员来帮助我们与您沟通？

是 否 不知道 不愿意回答

5b. 如果您需要口语翻译人员，请说明希望提供哪一种口语翻译人员？

手语翻译员

美国手语 (ASL) 译员

聋盲人和有其他障碍人员的聋人传译员

接触式手语 (PSE) 译员

其他 (请列明) : _____

若您不说除英语之外的语言或不使用手语, 请转到问题 7

6. 您说英语的流利程度如何？

非常好

好

不太好

完全不会

不知道

不想回答

残疾 / 能力水平

您的回答将帮助我们发现有功能障碍的人士和无功能障碍的人士在健康和服务上的差异。您的所有回答将被保密。

7. 您是否耳聋或是有严重的听力障碍？

是 否 不知道 不愿意回答

如果是，您是在什么年龄阶段患上这种病况？ _____

8. 您是否失明或是有严重的视力障碍，即使佩戴眼镜亦是如此？

是 否 不知道 不愿意回答

如果是，您是在什么年龄阶段患上这种病况？ _____

如果您 / 该人士未满 5 岁，请在此停止回答

9. 您走路或爬楼梯是否感觉非常困难？

是 否 不知道 不愿意回答

如果是，您是在什么年龄阶段患上这种病况？ _____

10. 您是否因为身体机能、精神状态或情绪状况而难以集中注意力、记住事情或作出决定？

是 否 不知道 不愿意回答

如果是，您是在什么年龄阶段患上这种病况？ _____

11. 您穿衣或沐浴是否有严重困难？

是 否 不知道 不愿意回答

如果是，您是在什么年龄阶段患上这种病况？ _____

12. 在学习多数同龄人能学习做的事情时，您是否有严重困难？

是 否 不知道 不愿意回答

如果是，您是在什么年龄阶段患上这种病况？ _____

13. 在使用您的常用（惯用）语言时，您是否有严重的交流障碍（例如理解他人或被他人理解）

是 否 不知道 不愿意回答

如果是，您是在什么年龄阶段患上这种病况？ _____

如果您 / 相关人士未满 15 岁，请在此停止回答

14 页。 您是否因为身体机能、精神状态或情绪状况而感到难以独立完成一些事情（例如前往医生办公室就诊或购物）？

是 否 不知道 不愿意回答

如果是，您是在什么年龄阶段患上这种病况？ _____

15. 您是否有下列严重困难：情绪、强烈情感、行为控制或有错觉或幻觉？

是 否 不知道 不愿意回答

如果是，您是在什么年龄阶段患上这种病况？ _____