Print Reset form

SỞ Y TẾ CÔNG
Chương trình ScreenWise

Oregon Health Authority

Gói Đăng ký Bệnh nhân của ScreenWise

Phải nộp cho ScreenWise trong vòng 5 ngày kể từ ngày đăng ký

Cơ quan đăng ký: _____ Tên cơ quan: _____

Hình thức đăng ký: ☐ Trực tiếp (*yêu cầu chữ ký*) ☐ Từ xa (*cho biết là "từ xa" trên dòng chữ ký*)

Số hồ sơ y tế: _____ Ngày đăng ký: _____

Tên họ đầy đủ của bệnh nhân: _____ Ngày sinh: _____

Nhận dạng giới tính (chẳng hạn như nữ, nam hoặc không nhị phân): _____

☐ Vô gia cư hoặc không có chỗ ở ổn định? (*Nếu vậy, hãy đánh dấu vào ô và chỉ viết mã ZIP và quận hạt dưới đây)*

Địa chỉ nhà: _____ Số căn hộ: _____

Thành phố: _____ Tiểu bang: _____ Mã vùng (ZIP): _____

Điện thoại: _____ Quận hạt: _____

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

☐ Có, nhưng không đủ để đáp ứng nhu cầu của tôi

☐ 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*) $ _____ hàng tháng

Hộ gia đình quý vị có bao nhiêu người?
(*Kể cả quý vị*) _____ số người

Sự đồng ý của bệnh nhân

Chương trình ScreenWise Oregon (*ScreenWise*), một chương trình thuộc Cơ quan Quản lý Y tế Oregon (Oregon Health Authority, hoặc OHA), nhằm mục đích giảm số lượng bệnh nhân ung thư vú và ung thư cổ tử cung bằng cách thúc đẩy phòng ngừa và phát hiện sớm.

ScreenWise có thể bao trả các dịch vụ sau đây:

- Khám sàng lọc và chẩn đoán ung thư vú hoặc ung thư cổ tử cung
- Điều hướng và hỗ trợ bệnh nhân

ScreenWise sẽ không bao trả các dịch vụ điều trị ung thư vú hoặc ung thư cổ tử cung. Nếu cần điều trị, bệnh nhân có thể nộp đơn vào Chương trình Điều trị Ung thư vú và Ung thư cổ tử cung (Breast and Cervical Cancer Treatment Program, hoặc BCCTP) của Medicaid.

Bằng cách ký đơn này, **tôi hiểu** rằng:

- Việc đăng ký của tôi có thể bắt đầu tối đa ba tháng trước ngày ký tên dưới đây, cho phép ScreenWise thanh toán các đơn xin thanh toán đủ điều kiện trong thời gian đó.

- Tôi sẽ vẫn tham gia ScreenWise trong thời gian một năm khi tôi vẫn hội đủ điều kiện và tôi không yêu cầu hủy bỏ việc tham gia
  chương trình.
- Hàng năm, bác sĩ của tôi sẽ tiếp tục xem xét liệu tôi có đủ điều tiếp tục tham gia chương trình hay không.
- ScreenWise, các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế, phòng khám và/hoặc bệnh viện của tôi có thể chia sẻ thông tin với nhau về dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi và mọi dịch vụ chăm sóc y tế liên quan mà tôi nhận được thông qua ScreenWise; và có thể tổ chức sự chăm sóc và tham gia của tôi trong các dịch vụ kiểm tra và/hoặc các dịch vụ chẩn đoán thích hợp liên quan đến ung thư vú và cổ tử cung.
- Chương trình sẽ không chia sẻ thông tin của tôi với bất kỳ ai ngoài Cơ quan Quản lý Y tế Oregon, các bác sĩ có hợp đồng và nhà tài trợ của họ; và không một báo cáo công khai nào sẽ sử dụng tên của tôi.
- Tôi có thể nhận được các thông báo bằng văn bản, điện thoại hoặc phương tiện liên lạc điện tử liên quan đến các dịch vụ ScreenWise.
- Nhà cung cấp dịch vụ của tôi phải thông báo cho tôi bằng văn bản về bất kỳ dịch vụ nào mà không được ScreenWise bao trả.

Bằng cách ký đơn này, tôi **xác nhận** rằng:

- Tôi đáp ứng tất cả các điều kiện sau đây của chương trình này:
  - ✓ Tôi hiện đang sống hoặc có ý định sống ở Oregon
  - ✓ Thu nhập hộ gia đình của tôi ở mức hoặc dưới 250% Mức Nghèo Liên bang
  - ✓ Tôi không có bảo hiểm hoặc bảo hiểm của tôi không đủ để đáp ứng mọi nhu cầu của tôi

Chữ ký bệnh nhân: _____ Ngày: _____

Tên bệnh nhân (*(viết chữ in*):_____

Quý vị có thể yêu cầu tài liệu này bằng ngôn ngữ khác, bản in khổ lớn, chữ nổi braille hoặc một định dạng khác miễn phí và theo ý muốn. Liên hệ với Chương trình ScreenWise tại địa chỉ email screenwise.info@odhsoha.oregon.gov hoặc 1-877-255-7070 (thoại/văn bản). Chúng tôi chấp nhận tất cả các cuộc gọi tiếp âm.

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

Sắc tộc, Chủng tộc, Ngôn ngữ và Tình trạng Khuyết tật (READ)

(Do bệnh nhân hoàn tất)

Quý vị không bắt buộc trả lời những câu hỏi này, và câu trả lời của quý vị sẽ được bảo mật. Chúng tôi muốn quý vị cho chúng tôi biết chủng tộc, dân tộc, ngôn ngữ và tình trạng khuyết tật của quý vị để chúng tôi có thể tìm ra và giải quyết những sự khác biệt về sức khỏe và dịch vụ. Nếu quý vị không muốn trả lời những câu hỏi này, vui lòng đánh dấu ô "Không muốn trả lời." Nếu quý vị có thắc mắc khi điền đơn này, hãy nhờ nhân viên phòng khám giúp đỡ.

Dân tộc và chủng tộc

1. Quý vị xác định chủng tộc, sắc tộc, nguồn gốc bộ lạc, nguồn gốc quốc gia, hoặc tổ tiên của mình như thế nào. (*ví dụ: tổ tiên của cha mẹ quý vị, thành viên bộ lạc*)

   _____

   ☐ Không muốn trả lời

2. Câu trả lời nào sau đây mô tả dân tộc hoặc chủng tộc của quý vị? Vui lòng đánh dấu tất cả các câu trả lời thích hợp.

Người gốc Tây Ban Nha và Người Mỹ La tinh

- ☐ Người Trung Mỹ
- ☐ Người Mễ tây cơ
- ☐ Người Nam Mỹ
- ☐ Người Gốc Tây Ban Nha hoặc La tinh khác

Người gốc Tây Ban Nha và Người Mỹ La tinh

- ☐ Người CHamoru (Chamorro)
- ☐ Người Marshall
- ☐ Các cộng đồng của Khu vực Micronesia
- ☐ Người Hawaii bản địa
- ☐ Người Samoa
- ☐ Cư dân Quần Đảo Thái Bình Dương Khác

Người Da Trắng

- ☐ Người Đông Âu
- ☐ Người Slav
- ☐ Người Tây Âu
- ☐ Người Da Trắng Khác

Người Mỹ gốc Da Đỏ hoặc Người Bản địa Alaska

- ☐ Người Mỹ gốc Da Đỏ
- ☐ Người Bản địa Alaska
- ☐ Người Eskimo (Canada Inuit), Người Metis, hoặc Người Anh-điêng (First Nation/ Người thuộc Bộ Tộc Đầu Tiên)
- ☐ Người Mễ-Tây-Cơ, Người Trung Mỹ hoặc Người Nam Mỹ bản địa

Người Da Đen và Người Mỹ Gốc Phi

- ☐ Người Mỹ gốc Phi châu
- ☐ Người Caribe Gốc Phi châu
- ☐ Người Ethiopia
- ☐ Người Somali
- ☐ Người Châu Phi khác (Da đen)
- ☐ Người Da Đen khác

Người Trung Đông/Bắc Phi

- ☐ Người Trung Đông
- ☐ Người Bắc Phi

Người Châu Á

- ☐ Người Ấn Độ gốc Châu Á
- ☐ Người Campuchia
- ☐ Người Trung Quốc
- ☐ Người thuộc các Cộng đồng Miến điện
- ☐ Người Philippine
- ☐ Người H'mông
- ☐ Người Nhật
- ☐ Người Hàn Quốc
- ☐ Người Lào
- ☐ Người Nam Châu Á
- ☐ Người Việt
- ☐ Người Châu Á Khác

Các chủng tộc khác

- ☐ Khác, vui lòng liệt kê:

  _____

- ☐ Không biết
- ☐ Không muốn trả lời

3. Nếu quý vị đã đánh dấu chọn nhiều hơn một chủng tộc trong danh sách trên, có sắc tộc/chủng tộc nào mà quý vị xác định là sắc tộc/chủng tộc chính của mình không?

- ☐ Có Vui lòng khoanh tròn chủng tộc hoặc dân tộc chính của quý vị ở trên.
- ☐ Tôi không thuộc về chỉ một chủng tộc hoặc dân tộc chính.
- ☐ Không. Tôi xác định mình là người hai chủng tộc hoặc đa chủng tộc.
- ☐ Không áp dụng. Tôi chỉ đánh dấu một câu trả lời ở trên.
- ☐ Không biết
- ☐ Không muốn trả lời

Ngôn ngữ (*Có thông dịch viên miễn phí*)

4a. Quý vị sử dụng (các) ngôn ngữ nào ở nhà?

_____

Chuyển sang câu hỏi 7 nếu quý vị KHÔNG đánh dấu chọn một ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh hoặc ngôn ngữ ký hiệu

4b. Quý vị muốn chúng tôi dùng ngôn ngữ nào khi liên lạc với quý vị trực tiếp, qua điện thoại hoặc trên mạng?

_____

4c. Quý vị muốn chúng tôi viết thư cho quý vị bằng ngôn ngữ nào?

_____

5a. Quý vị có cần hoặc muốn một thông dịch viên hỗ trợ khi chúng tôi liên lạc với quý vị hay không?

☐ Có ☐ Không ☐ Không biết ☐ Không muốn trả lời

5b. Nếu quý vị cần hoặc muốn một thông dịch viên, quý vị thích thông dịch viên thể loại nào?

- ☐ Thông dịch viên ngôn ngữ nói
- ☐ Thông dịch viên Ngôn ngữ Ký hiệu Hoa Kỳ (ASL)
- ☐ Thông dịch viên khiếm thị (DeafBlind) có thêm rào cản về ngôn ngữ
- ☐ Thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu tương tác (contact sign language, hoặc PSE)
- ☐ Khác *(vui lòng liệt kê)*: _____

Bỏ qua câu hỏi 7 nếu quý vị không sử dụng ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh hoặc ngôn ngữ ký hiệu

6. Khả năng nói tiếng Anh của quý vị như thế nào ?

- ☐ Rất tốt
- ☐ Tốt
- ☐ Không tốt
- ☐ Hoàn toàn không có
- ☐ Không biết
- ☐ Không muốn trả lời

Mức độ khuyết tật/khả năng

Câu trả lời của quý vị sẽ giúp chúng tôi tìm thấy sự khác biệt về sức khỏe và dịch vụ giữa những người có và không có khó khăn về chức năng. Những câu trả lời của quý vị sẽ được bảo mật.

7. Quý vị có bị điếc hay bị khiếm thính nghiêm trọng hay không?
   ☐ Có ☐ Không ☐ Không biết ☐ Không muốn trả lời
   Nếu có, quý vị gặp phải tình trạng này bắt đầu từ lúc mấy tuổi?_____

8. Quý vị có bị mù hay khiếm thị nghiêm trọng ngay cả khi đeo kính hay không?
   ☐ Có ☐ Không ☐ Không biết ☐ Không muốn trả lời
   Nếu có, quý vị gặp phải tình trạng này bắt đầu từ lúc mấy tuổi? _____

Vui lòng dừng lại tại đây nếu quý vị/cá nhân này dưới 5 tuổi

9. Quý vị có gặp nhiều khó khăn nghiêm trọng trong việc đi bộ hoặc lên xuống cầu thang hay không?
   ☐ Có ☐ Không ☐ Không biết ☐ Không muốn trả lời
   Nếu có, quý vị gặp phải tình trạng này bắt đầu từ lúc mấy tuổi? _____

10. Do sức khỏe thể chất, tinh thần hoặc cảm xúc, quý vị có gặp khó khăn nghiêm trọng trong việc tập trung, ghi , hoặc đưa ra quyết định không?
    ☐ Có ☐ Không ☐ Không biết ☐ Không muốn trả lời
    Nếu có, quý vị gặp phải tình trạng này bắt đầu từ lúc mấy tuổi? _____

11. Quý vị có gặp khó khăn nghiêm trọng trong việc mặc quần áo hoặc tắm rửa không?
    ☐ Có ☐ Không ☐ Không biết ☐ Không muốn trả lời
    Nếu có, quý vị gặp phải tình trạng này bắt đầu từ lúc mấy tuổi? _____

12. Quý vị có có gặp khó khăn nghiêm trọng khi tìm hiểu cách làm những việc mà hầu hết mọi người ở tuổi quý vị có thể học hỏi được không?
    ☐ Có ☐ Không ☐ Không biết ☐ Không muốn trả lời
    Nếu có, quý vị gặp phải tình trạng này bắt đầu từ lúc mấy tuổi? _____

13. Khi quý vị sử dụng(*ngôn ngữ thông dụng của mình*) quý vị có gặp khó khăn nghiêm trọng trong giao tiếp, (*ví dụ: hiểu hoặc được người khác hiểu*)
    ☐ Có ☐ Không ☐ Không biết ☐ Không muốn trả lời
    Nếu có, quý vị gặp phải tình trạng này bắt đầu từ lúc mấy tuổi? _____

Hãy dừng ngay đây nếu quý vị/cá nhân này dưới 15 tuổi

14. Do sức khỏe thể chất, tinh thần hoặc cảm xúc, quý vị có gặp khó khăn khi làm những việc vặt một mình như đi khám bác sĩ hay đi mua sắm không?
    ☐ Có ☐ Không ☐ Không biết ☐ Không muốn trả lời
    Nếu có, quý vị gặp phải tình trạng này bắt đầu từ lúc mấy tuổi? _____

15. Quý vị có gặp khó khăn nghiêm trọng với những trường hợp sau đây không: tâm trạng, cảm xúc mạnh mẽ, kiểm soát hành vi của mình, hoặc trải nghiệm ảo tưởng hoặc ảo giác?
    ☐ Có ☐ Không ☐ Không biết ☐ Không muốn trả lời
    Nếu có, quý vị gặp phải tình trạng này bắt đầu từ lúc mấy tuổi? _____