



Đơn Ghi Danh ScreenWise

Trả lời hết các câu hỏi

Gửi đến screenwise.info@odhsosha.oregon.gov

Phải nộp cho ScreenWise trong vòng 5 ngày kể từ ngày ghi danh

Cơ quan ghi danh: _____

Tên trang web ghi danh: _____

Hình thức ghi danh: Trực tiếp (cần có chữ ký)

Từ xa (viết 'remote' ở dòng chữ ký)

Số hồ sơ y tế: _____ Ngày ghi danh: _____

Tên họ đầy đủ của bệnh nhân: _____

Ngày sinh: _____ Nhận dạng giới tính: _____

(chẳng hạn như nữ, nam hoặc phi nhị phân giới)

Vô gia cư hoặc không có chỗ ở ổn định? (Nếu vậy, đánh dấu vào ô và chỉ ghi mã ZIP và tên quận dưới đây)

Địa chỉ nhà: _____ Số căn hộ: _____

Thành phố: _____ Tiểu bang: _____

Mã bưu chính: _____

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?

\$ _____ mỗi tháng

(Đây là tổng thu nhập trước thuế của tất cả mọi người trong gia đình)

Hộ gia đình quý vị có bao nhiêu người?

_____ người

(tính cả bản thân quý vị):

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 tiêu giảm số lượng bệnh nhân ung thư vú và ung thư cổ tử cung bằng cách thúc đẩy việc chăm sóc sức khỏe 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 xin bảo hiểm của 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 mẫu đơn này, tôi hiểu rằng:

- Thời gian tham gia của tôi có thể bắt đầu tối đa ba tháng trước ngày ký tên dưới đây, cho phép ScreenWise thanh toán các yêu cầu thanh toán hợp lệ trong thời gian đó.
- Tôi sẽ tiếp tục tham gia ScreenWise trong thời gian một năm khi tôi vẫn đủ tiêu chuẩn, và tôi không yêu cầu rút khỏi chương trình.
- Hàng năm, bác sĩ của tôi sẽ xác định liệu tôi có tiếp tục hội đủ tiêu chuẩn tham gia chương trình hay không.
- ScreenWise, các bác sĩ và các phòng khám và/hoặc bệnh viện của tôi có thể chia sẻ thông tin
- với nhau về việc chăm sóc sức khỏe của tôi và mọi dịch vụ y tế liên quan mà tôi nhận được thông qua ScreenWise; và họ có thể sắp xếp cho tôi tham gia vào các dịch vụ khám sàng lọc và/hoặc 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 các thông báo bằng thư, qua điện thoại hoặc phương tiện liên lạc điện tử liên quan đến
- các dịch vụ ScreenWise.
- Bác sĩ 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 vào đơn này, tôi xác nhận rằng:

Tôi đáp ứng tất cả các điều kiện sau đây của chương trình này:

- Tôi hiện đang cư trú hoặc có ý định cư trú ở tiểu bang Oregon
- Thu nhập hộ gia đình của tôi bằng với 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 (ghi rõ): _____

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 theo ý muốn miễn phí. Liên hệ Chương trình ScreenWise tại screenwise.info@odhsoha.oregon.gov hoặc 503-580-0652 (gọi/nhắn tin). Chúng tôi chấp nhận tất cả các cuộc gọi chuyển tiếp.

Các tiêu chuẩn bệnh nhân cần đáp ứng để nhận dịch vụ

Thuộc độ tuổi từ 18-39 và cần dịch vụ chẩn đoán ung thư vú hoặc cổ tử cung. Có

Từ 40 tuổi trở lên và cần dịch vụ khám sàng lọc hoặc chẩn đoán ung thư vú hoặc cổ tử cung. Có

Đánh giá tình trạng ung thư vú *các câu trả lời không ảnh hưởng đến khả năng hội đủ tiêu chuẩn*

Nguy Cơ Mắc Ung Thư Vú Cao? Có Không Không biết

Các dịch vụ ung thư vú

Khám Lâm Sàng Vú (Giai Đoạn Ghi Danh Hiện Tại): Bình thường

Ngày khám lâm sàng vú (Tháng/Ngày/Năm) _____ Bất thường/nghi ngờ ung thư

Không thực hiện

Hiện tại đã được chỉ định chụp X-quang tuyến vú?

Có (sàng lọc hoặc chẩn đoán)

Được gửi trực tiếp để thực hiện các dịch vụ chẩn đoán bổ sung (ví dụ như siêu âm, sinh thiết, v.v.)

Chưa được khám sức khỏe vú

Đánh giá tình trạng ung thư cổ tử cung *các câu trả lời không ảnh hưởng đến khả năng hội đủ tiêu chuẩn*

Xét nghiệm tế bào cổ tử cung gần đây nhất (trước lần ghi danh này)? Có, ngày (nếu biết): _____

Không

Không biết

Nguy cơ mắc ung thư cổ tử cung cao? Có Không không biết

Dịch vụ khám sàng lọc ung thư cổ tử cung

Hiện tại đã được chỉ định khám ung thư cổ tử cung

Xét nghiệm tế bào cổ tử cung định kỳ

Đang theo dõi sau khi có kết quả xét nghiệm tế bào cổ tử cung bất thường gần đây

Không có xét nghiệm tế bào cổ tử cung, đã được chỉ định phương pháp chẩn đoán khác

Soi cổ tử cung (Colposcopy)

Chẩn đoán cổ tử cung khác

Chưa thực hiện dịch vụ khám cổ tử cung nào

Xét nghiệm HPV đã được chỉ định? Có Không

Chủng tộc, Dân tộc, Ngôn ngữ và Khuyết tật REALD

Quý vị không bắt buộc phải 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.

Chủng tộc và Dân tộc

1. Quý vị xác định mình thuộc chủng tộc hoặc dân tộc, bộ lạc, quốc gia gốc hoặc tổ tiên nào? (ví dụ: tổ tiên của cha mẹ quý vị, thành viên bộ lạc)

Không muốn trả lời

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

Người gốc Tây Ban Nha và Người Mỹ La tinh

Người Trung Mỹ
Người Mê-hi-cô
Người Nam Mỹ
Người Gốc Tây Ban Nha hoặc La tinh khác

Người Bản địa Hawaii và Cư dân Vùng Đảo Thái Bình Dương

Người Chamoru
Người Marshall
Người thuộc các Cộng đồng Khu vực Micronesia
Người Bản địa Hawaii
Người Samoa
Người thuộc các Đảo quốc Thái Bình Dương Khác

Người Da trắng

Người Đông âu
Người Slav
Người Tây âu
Người Da trắng khác

Người Mỹ Bản địa hoặc Người Bản địa Alaska

Người Mỹ Bản địa
Người Bản địa Alaska
Người Inuit, Métis hoặc Người bản xứ Canada
Người Bản địa Mexico, Trung Mỹ hoặc Nam Mỹ

Người Da đen và Người Mỹ gốc Phi châu

Người Mỹ gốc Phi
Người Ethiopia gốc Phi-Caribbean
Người Somali
Người Phi châu khác (Người 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 Philippines
Người H'mông
Người Nhật
Người Hàn Quốc
Người Lào
Người Nam Á
Người Việt Nam
Người Châu Á Khác

Các chủng tộc/dân 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/dân tộc trong danh sách trên, có **dân tộc/chủng tộc nào mà quý vị xác định là dân 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 song 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 trợ giúp miễn phí)

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

Chuyển sang câu hỏi 7 nếu quý vị đã 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 giao tiếp 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 được **thông dịch viên** hỗ trợ khi chúng tôi liên lạc với quý vị không?

Có
Không
Không biết
Không muốn trả lời

5b. Nếu quý vị cần hoặc muốn có thông dịch viên, quý vị thích thông dịch viên ngôn ngữ nào?

Thông dịch viên ngôn ngữ nói
Thông dịch viên Ngôn ngữ Ký hiệu Hoa Kỳ (ASL)
Thông dịch viên cho người khiếm thính và/hoặc khiếm thị có thêm rào cản về ngôn ngữ
Thông dịch viên ngôn ngữ ký hiệu tương tác (PSE)
Khác (vui lòng liệt kê) _____

Bỏ qua câu hỏi 7 nếu quý vị không sử dụng ngôn ngữ nào 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 biết
Không biết
Không muốn trả lời

Mức độ khuyết tật/Khả năng

Câu trả lời của quý vị sẽ giúp chúng tôi tìm ra những khác biệt về tình trạng sức khỏe và dịch vụ giữa những người có và không có khó khăn trong vấn đề sinh hoạt. Câu trả lời của quý vị sẽ được bảo mật.

7. Quý vị có bị **kiếm thính** hay bị suy giảm thính lực nghiêm trọng không? Có Không Không biết Không muốn trả lời
Nếu có, quý vị bị tình trạng này bắt đầu từ lúc mấy tuổi? _____

8. Quý vị có bị **kiếm thị hay suy giảm thị lực nghiêm trọng ngay cả khi đeo kính** không? Có Không Không biết Không muốn trả lời
Nếu có, quý vị bị 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 khó khăn nghiêm trọng khi **đi đứng hay leo cầu thang** không? Có Không Không biết Không muốn trả lời
Nếu có, quý vị bị 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 nhớ, hiểu, hay ra quyết định không? Có Không Không biết Không muốn trả lời
Nếu có, quý vị bị tình trạng này bắt đầu từ lúc mấy tuổi? _____

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

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

13. Khi quý vị sử dụng ngôn ngữ thông thường của mình, quý vị có gặp khó khăn nghiêm trọng trong giao tiếp **không**, (ví dụ: hiểu người khác hoặc được người khác hiểu) Có Không Không biết Không muốn trả lời
Tôi không hiểu ý nghĩa của câu hỏi này
Nếu có, quý vị bị 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 bị 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, trải qua ảo tưởng hoặc ảo giác?
- Có Không Không biết Không muốn trả lời
- Tôi không hiểu ý nghĩa của câu hỏi này
- Nếu có**, quý vị bị tình trạng này bắt đầu từ lúc mấy tuổi? _____

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 theo ý muốn miễn phí. Liên hệ Chương trình ScreenWise tại screenwise.info@odhsoha.oregon.gov hoặc 503-580-0652 (gọi/nhắn tin). Chúng tôi chấp nhận tất cả các cuộc gọi chuyển tiếp.